

الله اعلم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
دانشکده بهداشت و پیراپزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

عنوان:

ارتباط بین شادکامی و کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام: ۱۳۹۴

استاد راهنما:

خانم دکتر رفعت محبی فر

استاد مشاور:

آقای دکتر جلیل عظیمیان

نگارش:

فرنگیس رسولی

سال:

۱۳۹۵

تقدیم به همسر

به پاس تمام خوبی هایش، مهربانیهایش، استواریهایش، حمایتهای بی دریغش و عشق بی پایانش، امید که سپاس ناچیز مرا بپذیرد که شایسته ترین تقدیم همین می باشد و به شکوفه های زندگیم آرتین عزیز و آیرین جان.

خدای را بسی شاکرم که از روی لطف و کرم پدر و مادری فداکار نصیبم ساخت تا درسایه درخت پر بار وجودشان بیاسایم و از ریشه آنها شاخ و برگ گیرم و از برکت وجودشان در راه کسب علم و دانش تلاش نمایم والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم چرا که این دو وجود پس از پروردگار مایه هستی ام بودند دستم را گرفتند و راه رفتن را در وادی پر از فراز و نشیب زندگی آموختند.

تقدیر و تشکر

سپاس مخصوص خداوند مهربان که به انسان توانایی و دانایی بخشید تا به بندگان شرفقت ورزد، مهربانی کند و در حل مشکلاتشان یاری شان نماید. از راحت خویش بگذرد و آسایش هم نوعان را مقدم دارد، با او معامله کند و در این خلوص انباز نگیرد و خوش باشد که پروردگار سمیع و بصیر است. سپاس ایزد منان که به من این فرصت را داد تا به این مرحله از علم رسیده و از هیچ محبتی دریغ نکرد و در تمام مراحل زندگیم مرا قوت قلب بود.

و به مصداق "من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق" بسی شایسته است از استاد فرهیخته و فرزانه سرکار خانم دکتر محبی فر که با کرامتی چون خورشید، سرزمین دل را روشنی بخشیدند و گلشن سرای علم و دانش را با راهنمایی های کار ساز و سازنده بارور ساختند و از محضر پر فیض تدریستان، بهره ها بردم؛ همچنین از جناب آقای دکتر عظیمیان که با صبر و حوصله تمام به مشاوره در زمینه روشهای مورد نیاز در این پژوهش پرداختند و نیز جناب آقای دکتر رضانی و مهندس سایه میری و مهندس زارعی که در حل بسیاری از مشکلات پایان نامه به یاری اینجانب شتافتند و کلیه همکاران و بزرگوارانی که مرا در تهیه این پایان نامه همراهی نمودند از جمله آقای ساسان نیک پی، یونس رسولی، جعفر ولی بیگی، علی حسن

عزیزیان و آقایان سلطانی و نیازیان تقدیر و تشکر نمایم.

فصل اول	۱
مقدمه و بیان مساله	۱
۱-۱ مقدمه	۲
۲-۱ بیان مساله و اهمیت پژوهش	۲
۳-۱ اهداف و فرضیات	۶
۱-۳-۱ هدف اصلی	۶
۲-۳-۱ اهداف فرعی	۶
۳-۳-۱ اهداف کاربردی	۶
۴-۳-۱ سوالات پژوهشی	۶
۵-۳-۱ فرضیه ها	۷
فصل دوم	۸
بررسی متون	۸
۱-۲ مقدمه	۹
۲ - ۲ چهارچوب نظری و پنداشتی	۹
۲ - ۲ - ۱ شادکامی	۹
۲ - ۲ - ۲ فواید شادکامی	۱۰
۲ - ۲ - ۳ جایگاه شادی در چارچوب هیجانها	۱۱
۲ - ۲ - ۴ شاخص های شادکامی	۱۲
۲ - ۲ - ۵ دیدگاه شناختی و شادکامی	۱۲
۲ - ۲ - ۶ تحلیل اسناد هیجان (به نقل از تایلور و همکاران، 1994)	۱۳
۲ - ۲ - ۷ نظریه های شادکامی	۱۳
۲ - ۲ - ۱ نظریه دایتر و همکاران	۱۳
۲ - ۲ - ۲ نظریه آرگایل	۱۴
۲ - ۲ - ۳ نظریه تبیین های فیزیولوژیک	۱۴
۲ - ۲ - ۴ نظریه روابط و فعالیت های اجتماعی	۱۴
۲ - ۲ - ۵ نظریه مزلو	۱۴
۲ - ۲ - ۸ عوامل تاثیر گذار بر شادکامی	۱۵
۲ - ۲ - ۱ تفاوت های جنسیتی	۱۵
۲ - ۲ - ۲ درآمد	۱۶
۲ - ۲ - ۳ ازدواج	۱۶
۲ - ۲ - ۴ سن	۱۶
۲ - ۲ - ۵ تحصیلات	۱۷
۲ - ۲ - ۶ رضایت شغلی	۱۷

۱۷.....	۲-۲-۸-۷ سلامتی
۱۸.....	۲-۲-۸-۸ مذهب
۱۸.....	۲-۲-۸-۹ اوقات فراغت و تفریح
۱۸.....	۲-۲-۸-۱۰ موفقیت و تایید اجتماعی
۱۹.....	۲-۲-۹ تاریخچه کیفیت خدمات :
۲۰.....	۲-۲-۱۰ مفهوم خدمات
۲۱.....	۲-۲-۱۱ کیفیت خدمات
۲۱.....	۲-۲-۱۲ طبقه بندی های تعریفی کیفیت
۲۲.....	۲-۲-۱۳ مدل های سنجش کیفیت
۲۲.....	۲-۲-۱۳-۱ مقیاس سروکوال (SerQual)
۲۵.....	۲-۲-۱۳-۲ مقیاس سروپرف (ServPerf)
۲۶.....	۲-۲-۱۳-۳ مقیاس سرائمپرف (SerImPerf)
۲۶.....	۲-۲-۱۳-۴ مقیاس وب کوال (WebQual)
۲۷.....	۲-۲-۱۴ تحلیل شکاف اهمیت - عملکرد (IPA)
۲۹.....	۲-۳-۳ مروری بر مطالعات انجام یافته
۲۹.....	۲-۳-۱ مطالعات انجام شده در ایران
۳۲.....	۲-۳-۲ مطالعات انجام شده در جهان
۳۳.....	فصل سوم
۳۳.....	روش پژوهش
۳۴.....	۳-۱ مقدمه
۳۴.....	۳-۲ نوع پژوهش
۳۴.....	۳-۳ جامعه پژوهش
۳۴.....	۳-۴ روش نمونه گیری و حجم نمونه
۳۵.....	۳-۵ روش گردآوری داده ها
۳۵.....	۳-۶ ابزار گرد آوری داده ها
۳۵.....	نمره گذاری پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI)
۳۶.....	۳-۷ روش تحلیل داده ها
۳۷.....	۳-۸ مکان و زمان مطالعه
۳۷.....	۳-۹ محدودیتهای پژوهش
۳۷.....	۳-۱۰ ملاحظات اخلاقی
۳۸.....	۳-۱۱ تعریف واژه ها
۳۸.....	۳-۱۱-۱ تعاریف مفهومی
۳۸.....	۳-۱۱-۲ تعاریف عملیاتی
۳۹.....	فصل چهارم
۳۹.....	یافته ها
۴۰.....	۴-۱ مقدمه

۴- ۱ :	خصوصیات دموگرافیک پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهر ایلام شرکت کننده در پژوهش.....	۴۰
۴- ۲ :	خصوصیات دموگرافیک بیماران بستری در بیمارستانهای شهر ایلام شرکت کننده در پژوهش.....	۴۲
۴۳	بررسی پیش فرض آزمونهای پارامتریک.....	۴۳
۴۳	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای سنجش پیش فرض نرمال بودن توزیع دادهها.....	۴۳
۴- ۴ :	میزان شادکامی در پرستاران بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام.....	۴۳
۴- ۵ :	میزان کیفیت وضعیت موجود خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام.....	۴۳
۴- ۶ :	میزان کیفیت وضعیت مورد انتظار خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام.....	۴۴
۴- ۷ :	میزان شکاف بین وضعیت کیفیت خدمات موجود و کیفیت خدمات مورد انتظار پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام.....	۴۴
۴- ۸ :	ارتباط بین شادکامی و وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام.....	۴۴
۴- ۹ :	ارتباط بین شادکامی و وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام.....	۴۵
۴- ۱۰ :	ارتباط بین شادکامی و شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام.....	۴۶
۴- ۱۱ :	آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه شادکامی در پرستاران شاغل در بیمارستان های شهر ایلام.....	۴۶
۴- ۱۱- ۱ :	مقایسه میزان شادکامی در پرستاران مرد و زن شاغل در بیمارستان های آموزشی ایلام.....	۴۶
۴- ۱۱- ۲ :	مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب سن.....	۴۷
۴- ۱۱- ۳ :	مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب تحصیلات.....	۴۷
۴- ۱۱- ۴ :	مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب سابقه خدمت.....	۴۷
۴- ۱۱- ۵ :	مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب نوع استخدام.....	۴۸
۴- ۱۱- ۶ :	مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب نوبت کاری.....	۴۸
۴- ۱۱- ۷ :	مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب تاهل.....	۴۸
۴۹	آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به وضعیت موجود کیفیت خدمات.....	۴۹
۴- ۱۲ :	جدول آنوا.....	۴۹
۴- ۱۲ :	وضع موجود کیفیت خدمات م پیش بینی کننده شادکامی.....	۴۹
۵۰	آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به وضعیت مطلوب یا مورد انتظار.....	۵۰
۴- ۱۳ :	جدول آنوا.....	۵۰
۴- ۱۳ :	وضع مورد انتظار کیفیت خدمات پیش بینی کننده شادکامی.....	۵۰
۵۱	آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار.....	۵۱
۴- ۱۴ :	جدول آنوا.....	۵۱
۴- ۱۴ :	شکاف کیفیت خدمات پیش بینی کننده شادکامی.....	۵۱
۵۲	آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به متغیر های دموگرافیک.....	۵۲
۴- ۱۵ :	جدول آنوا.....	۵۲
۴- ۱۵ :	خصوصیات دموگرافیک پیش بینی کننده شادکامی.....	۵۲
۵۳	فصل پنجم :	۵۳
۵۳	بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات	۵۳
۵-۱ مقدمه.....		۵۴
۵-۲ بحث.....		۵۴
۵-۳ نتیجه گیری.....		۵۹

۴-۵	پیشنهادهای اجرایی مبتنی بر نتایج.....	۶۰
۵-۵	پیشنهاد برای پژوهش های آتی	۶۰
	منابع و مأخذ:.....	۶۱
	ضمائم و پیوست ها	۶۷
	پیوست الف :پرسشنامه کیفیت خدمات پرستاری.....	۶۸
	پیوست ب: پرسشنامه شادکامی آکسفورد	۷۱

چکیده

زمینه و هدف: ارائه مراقبتهای پرستاری مطلوب هدف هر مرکز بهداشتی درمانی می باشد و در این زمینه یکی از عوامل اصلی در جهت رسیدن به این مهم، وجود پرستاران با انگیزه و فعال می باشد. در این راستا شناخت میزان شادکامی پرستاران و تعیین ارتباط آن با وضعیت کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده به بیماران و همچنین ارتباط آن با انتظارات بیماران لازم ضروری است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت خدمات پرستاری و شادکامی در پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام انجام شد.

روش: مطالعه حاضر به صورت توصیفی – تحلیلی طی سال ۱۳۹۴ در شهر ایلام انجام شد. پرسشگری به دو صورت انجام گرفت در قسمت اول ۲۹۳ نفر از پرستاران شاغل در سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایلام با استفاده از روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند و داده ها با استفاده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد جمع آوری گردید که پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۹۷) محاسبه شد. در قسمت دوم ۳۰۰ نفر از بیماران با روش نمونه گیری مورد مطالعه قرار گرفتند در این قسمت داده ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سروکوال جمع آوری گردید. پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۶) محاسبه شد. به منظور تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS۲۳، آزمون های کالموگراف اسمیرونوف، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی، آزمون تحلیل واریانس (آنوا)، آزمون رگرسیون خطی و آزمون آلفای کرونباخ بکار گرفته شد.

یافته ها: نمونه های مورد پژوهش در پرستاران، ۴۱٪ مذکر و ۵۹٪ مونث بودند. در بررسی ارتباط شادکامی با ویژگی های جمعیت شناختی تفاوت معنی داری در هیچ یک از ابعاد جنسیت، سن، سابقه خدمت، تحصیلات، وضعیت استخدامی، نوبت کاری وجود نداشت. اما در بررسی ارتباط شادکامی با وضعیت تاهل افراد همسر مرده، شادکامی پایین تر از افراد متاهل و مجرد داشتند. نمونه های مورد پژوهش در بیماران نیز ۴۱٪ مرد و ۵۹٪ زن بودند. در بررسی ارتباط شادکامی با وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری ارائه شده، ارتباط مثبت و معنی داری بین هر ۵ بعد ملموسات (۰/۰۰۰)، اعتماد (۰/۰۰۱)، پاسخگویی (۰/۰۰۱)، امنیت (۰/۰۰۳) و همدردی (۰/۰۰۱) وجود داشت. همچنین در بررسی ارتباط شادکامی با ابعاد پنجگانه وضعیت مورد انتظار خدمات پرستاری ارائه شده ارتباط معنی داری وجود نداشت. اما در بررسی ارتباط شادکامی با وضعیت شکاف خدمات ارتباط منفی و معنی داری بین هر ۵ بعد ملموسات (۱۵۴ / -۰/۰۰۱، $p = -۰/۰۰۱, r = -۰/۱۵۲$)، اعتماد (۱۵۲ / -۰/۰۰۹، $p = -۰/۰۰۹, r = -۰/۲۰۵$)، پاسخگویی (۲۰۵ / -۰/۰۰۸، $p = -۰/۰۰۸, r = -۰/۱۴۹$)، امنیت (۱۴۹ / -۰/۰۰۱، $p = -۰/۰۰۱, r = -۰/۱۴۷$) و همدردی (۱۴۷ / -۰/۰۱۲، $p = -۰/۰۱۲, r = -۰/۱۴۷$) وجود داشت. همچنین نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که در وضعیت موجود عامل پاسخگویی ($R = ۱/۴۹۲, p = ۰/۰۲۷$) می تواند شادکامی در پرستاران را پیش بینی کند. و در مورد شکاف کیفیت خدمات عامل پاسخگویی ($R = ۱/۲۲۹, p = ۰/۰۴۴$) می تواند شادکامی در پرستاران را پیش بینی کند. و در وضعیت مورد انتظار هیچ کدام از عوامل نمی تواند پیش بینی کننده شادکامی در پرستاران باشد. همچنین نتایج نشان داد که سابقه خدمت ($R = -۶/۵۸۶, p = ۰/۰۴۰$) می تواند پیش بینی کننده شادکامی در پرستاران باشد.

نتیجه گیری: شادکامی پرستاران عامل مهم و موثری در بدست آوردن نتایج مثبت و مفید در درمان بیماران می باشد. بنابراین در جهت ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و افزایش رضایت بیماران از خدمات ارائه شده توجه مدیران و مسئولین ذیربط به این امر می تواند حائز اهمیت فراوان باشد.

کلمات کلیدی: شادکامی، کیفیت خدمات پرستاری، پرستاران، بیماران، بیمارستانهای شهر ایلام.

فصل اول :

مقدمه و بیان مساله

Introduction and Problem Expression

۱-۱ مقدمه :

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت مردم، همواره در تلاش است تا با شناخت دقیق نیازها و مخاطرات سلامت افراد و جوامع و بهره گیری از شیوه های نوین و علمی سیاست گذاری و تصمیم سازی، مؤثرترین راهکارها را در راستای تحقق اهداف سلامت به کار گیرد؛ اطمینان از ارائه خدمات کیفی و ایمن، به عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، از اهمیت و اولویت خاصی برخوردار است و طبعا سیاست گذاری، برنامه ریزی، اجرا و کنترل مناسب در این زمینه، دقت نظر و تامل ویژه ای را می طلبد (وزارت بهداشت، ۱۳۸۹).

بخش خدمات بهداشتی و درمانی دارای جایگاه ویژه ای است. چرا که در این بخش هر نوع اشتباهی حتی از نوع کوچک آن جایز نیست. این بخش با قشر وسیعی از جامعه ارتباط پیدا می کند و مهم تر آنکه وظیفه و رسالت حفظ سلامت جامعه بر عهده این بخش می باشد (مورفی، ۲۰۰۷). ارائه دهندگان مراقبت های سلامت می خواهند از سطوح بالایی از کیفیت خدمات به منظور افزایش رضایت بیماران استفاده کنند. همچنین مراقبت های با کیفیت خوب برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره (MDGs) بسیار حیاتی است. از طرفی مدیران مراقبت های بهداشتی نیاز به درک کاملی از راههای افزایش کیفیت مراقبت ها به صورت عملی می باشند (سودانی، ۲۰۱۰).

پیشرفتهای روز افزون در عرصه علوم پزشکی و همچنین آگاهی و انتظارات مشتریان، سازمانهای ارائه کننده خدمات سلامت را به محیطهای مشتری گرا و رقابتی تبدیل کرده است (ویجر، ۲۰۰۵). لذا این سازمانها برای توسعه و تداوم فعالیتهای خود، به ارتقای کیفیت خدمات همراه با هزینه-اثر بخشی آن می اندیشند و این ممکن نخواهد بود مگر از طریق جلب رضایت مشتریان (اندلیب، ۲۰۰۱). در حال حاضر سازمانهای ارائه دهنده خدمات در بخش سلامت و بویژه بیمارستانها تلاش مضاعفی در جهت برآورده کردن نیازها و انتظارات فزاینده بیماران می کنند. از نظر آنان، اولین و مهمترین عامل در بهبود کیفیت مراقبت، اندازه گیری کیفیت بوده (دیویس، ۲۰۰۵) و ارزشمندترین اندازه گیری کیفیت، ارزشیابی فعالیت پرستاران در ارائه مراقبتهای پرستاری می باشد (لیل، ۲۰۰۷).

۱-۲ بیان مساله و اهمیت پژوهش:

اهمیت کیفیت مراقبتهای پرستاری از دیدگاه انجمن ملی کیفیت مراقبتهای بهداشتی چنین بیان شده است: اگر جامعه ای کیفیت را هدف خود قرار دهد، به آن پاداش دهد و درباره آن بحث کند، روشهایی برای سنجش و پایش آن ایجاد کند، برای دستیابی به آن اقدامات مصمم و مؤثر به عمل آورد و هویت روشن و ثابتی با آن پیدا کند، به طور حتم به کیفیت دست خواهد یافت (قمری، ۲۰۰۸). یکی از مواردی که مقوله کیفیت در سلامت را از سایر بخشهای بهداشت متمایز می سازد، این است که بیماران و کادر پزشکی لزوما تعریف یکسانی از کیفیت ندارند تعریف کادر درمانی از کیفیت انجام کار درست، در زمان درست و انجام درست کار همان بار اول است؛ اما بیماران کیفیت را به گونه ای دیگر قضاوت می کنند؛ نتایج مطالعات نشان داده که بیماران عمدتا کیفیت را بر اساس آنچه که شخصا برایشان ارزش دارد می سنجند (حمیدی مطلق، ۲۰۱۰).

با توجه به اینکه پرستاران به عنوان گردانندگان اصلی بیمارستانها، در امر مراقبت از بیماران نقش بسیار مهمی دارند، بالا بردن کیفیت کاری آنان در انجام مراقبتهای پرستاری، مهمترین عاملی است که می تواند موجب تسریع در بهبودی و باز گرداندن بیماران به خانه و خانواده شود؛ از سوی دیگر پرستاران بزرگترین گروه در میان کارکنان بهداشتی بوده، از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبت های ارائه شده باشند (پزقردیم، ۲۰۰۵). درگاهی موقعیت مدیران پرستاری را در بیمارستان این گونه تفسیر می نماید که مدیران پرستاری از یکسو با انسانهایی به عنوان مرئوس و از

طرفی با بیماران دارای آلام و درد سر و کار دارند؛ بنابراین باید نگرش سیستمی به مسائل داشته باشند و بتوانند مسائل و مشکلات را تجزیه و تحلیل موقعیتی نمایند (درگاهی، ۲۰۰۴). مطالعات نشان داده که افزایش هزینه های مراقبت، کاهش تعداد پرستاران و به کارگیری پرستاران دوره ندیده یا سایر کارکنان گروه پزشکی به جای پرستاران کارشناس، اثرات معکوسی بر کیفیت مراقبت بیماران می گذارد (گالچ، ۲۰۰۸). اغلب بیماران به علت افزایش سطح آگاهی در زمینه بهداشت و درمان و نیز افزایش هزینه خدمات بهداشتی، خواستار خدمات باکیفیت مطلوب هستند (دبیران، ۲۰۰۸).

برای کیفیت، تعاریف متعددی وجود دارد؛ تعاریف زیر از مشهورترین آنها هستند: نظام ملی بهداشت انگلیس (NHS) کیفیت مراقبت بهداشتی را به صورت زیر تعریف کرده است: کیفیت، تامین خدمات درست به افراد مناسب، در زمان مناسب، با شیوه ای مناسب و عملی، در حد توان متوسط افراد جامعه و با روش انسانی است (حداد و همکاران، ۲۰۰۰). کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوبترین برآیندهای سلامتی است (مارکیوس، ۲۰۰۳). به گونه ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به صرفه باشد (فولی، ۲۰۰۱). پاراسورمان می گوید: "کیفیت خدمت، درجه و جهت تفاوت بین ادراکات و انتظارات مشتریان از خدمت است" (پاراسورامون، ۱۹۹۸). کیفیت خدمت، قضاوت همه جانبه مشتری درباره ماهیت برتر خدمت نسبت به خدمات مشابه با مزیت های برجسته آن است (زیتهمال و همکاران، ۲۰۰۰). سروکوال یکی از معروفترین روشهای اندازه گیری کیفیت خدمات بوده که در سال ۱۹۸۵ توسط پاراسورامون، بری و همکاران بوجود آمد (پاراسورامان و همکاران، ۱۹۸۵). و طی سالهای ۱۹۸۶، ۱۹۹۱، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۴ توسط وی و پس از آن توسط «زیسمال وبری» توسعه یافت (بری و همکاران، ۱۹۹۰).

کیفیت به معنای توانایی تولید محصول و یا ارائه خدمت به گونه ای که نیازهای مشتریان را برآورده ساخته و آنها را راضی کند (ASQ, 2004). کیفیت مراقبتهای بهداشتی درجه ای از ارائه خدمات فردی و گروهی است که نتایج درمانی مطلوبی را ایجاد می کند (مارکیوس، ۲۰۰۳).

در سال ۱۹۸۵، پرفسور زیتهمال و همکاران با استفاده از یک تحقیق میدانی گسترده از آن مؤلفه ها، توانستند کیفیت خدمت را از نظر مشتری ارزیابی نمایند. به دنبال نتایج تحقیق این افراد، گروههای دیگری نیز به موضوع کیفیت خدمت توجه کردند و کیفیت خدمت به عنوان یکی از محورهای جدید تحقیق آشکار گردید (پاراسورامان و همکاران، ۱۹۸۵).

پس از تحقیقات گسترده این افراد و محققین دیگر ۵ مؤلفه شناسایی شد که با استفاده از آنها بتوان کیفیت خدمت را اندازه گیری کرد که این ۵ بعد شامل ملموسات، قابلیت اعتماد، پاسخگویی، تضمین (امنیت) و همدلی (همدردی) به صورت زیر می باشد (پاراسورامون، ۱۹۹۸):

۱- ملموسات^۱: ظاهر تسهیلات و تجهیزات فیزیکی و ابزار آلات، ظاهر کارکنان، ابزار برقراری ارتباط با سازمان.

۲- قابلیت اعتماد^۲: توانایی سازمان خدمت دهنده برای عمل به وعدههای خود به طور دقیق و مستمر.

۳- پاسخگویی^۳: تمایل سازمان خدمت دهنده به یاری رسانی به ارباب رجوع و ارائه خدمات به موقع و سریع.

۴- تضمین^۴: دانش و ادب کارکنان و توانایی آنها در ایجاد اعتماد و اطمینان و تضمین خدمات.

۵- همدلی^۵: نزدیکی و همدلی با ارباب رجوع و درک و توجه ویژه به او.

ایجاد فضای توام با محبت، رابطه با دوستان، تجارب موفق و محیط کار و فضای فیزیکی مناسب می تواند در رشد عواطف و بخصوص شادی مهم باشد. همچنین تمرین ورزشی و احساس موفقیت، روابط سالم در محیط کار، بها دادن به پرسنل و دخالت دادن آنها در امور مربوط به کار و سازمان می تواند در اثر بخشی عواطف مثبت اثر گذار باشد. افراد با خواسته ها و آرزوهایی به سازمان می پیوندند؛ هماهنگی و همسویی سازمان با این آمال در افراد

1. Tangibles

2. Reliability

3. Responsivness

4. Assurance

5. Empathy

ایجاد شادی می نماید این شادی و خشنودی خود باعث نوآوری، خلاقیت در کار، افزایش میزان تولید و وفاداری افراد به سازمان شده و از این رهیافت سازمان هم؛ از سلامت و پویایی برخوردار می شود. در پرتو شادی است که انسان می تواند خویش را بسازد و خود را برای آینده کاری و افراد موفق در محیط زندگی و اجتماع آماده کند. شادی و نشاط ماده اولیه تغییر جامعه و تحول و تکامل درونی انسانهاست. در محیط خوشحال و خرسند، تولید بهتر، اشتغال بیشتر و اقتصاد سالم تر خواهد بود. در محیط شاد، ذهن پویا، زبان گویا و استعداد شکوفا می شود (نیک نام، ۲۰۱۲).

برخی از ویژگیهای بهداشت روان عبارتند از: توانایی لذت بردن از زندگی، انعطاف پذیری، جهش، توانایی حل مشکلات و خودشکوفایی (هاشمی اصل، ۱۳۸۷). مطالعات شادکامی و سلامت روان از موضوعات جذاب در میان دانشمندان علوم اجتماعی و پژوهشگران سلامت در سالهای اخیر است (کارنل و همکاران، ۲۰۰۴). اثر عوامل روانی بر عملکرد جسمانی بطور گسترده ای شناخته شده است و سلامت روانی اثر مثبت بر سلامت جسمانی دارد (ون هون، ۲۰۰۸). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی WHO سلامتی به سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی اطلاق می شود (WHO، ۲۰۱۵).

شادی احساس و هیجانی است که هنگام ارضای نیازهای انسان در او پدید می آید و زندگی را خشنود می سازد. شادابی یک اصل مهم برای مردم است، نشاط در بیشتر جوامع به عنوان یک ارزش بزرگ در نظر گرفته شده است. شادابی به شکل "لذت" در تمام شکل‌های نوع شناسی عواطف اساسی انسان نمایان می شود. احساس شادی برای تجارب انسانی ضروری است و اغلب انسانها در طول زمان به طور متوسط شاداند. انسان به طور فطری از غم گریزان و به سوی شادی در حرکت است. شادی و نشاط نه تنها بر روح و روان انسان، بلکه بر جسم او نیز تاثیر می گذارد. از نگاه اجتماعی، نیز شادمانی، قلب ها را به یکدیگر نزدیک و ترس، نگرانی، ناکامی و بدگمانی را بی اثر می کند. ارسطو می گوید: شادی، بهترین حال در چیزهاست و آنقدر اهمیت دارد که دیگر چیزها وسیله به دست آوردن آن هستند. می توان نتیجه گرفت که آدم با نشاط معمولاً لبخند بر لب دارد، دنیای درون آدم آرام است و کمتر یا به ندرت در گرداب هیجانات منفی غم و غصه، دلهره، ناامیدی و بحران گرفتار می شود. آرجل و کروس لند ۱۹۸۷ بیان کرده اند که نشاط دارای سه شاخص عاطفه مثبت یا خوشی، احساس رضایت از زندگی و فقدان احساس منفی از نظر اضطراب و افسردگی است. به باور آرجل، فرد با نشاط نگرش مطلوب و رضایت از خود دارد، روابط اجتماعی متعادلی دارد، از کینه و نفرت دوری می جوید و فرایند زندگی خود را مثبت ارزیابی می کند (آرجل و همکاران، ۱۹۸۷). در مفهوم شادی حداقل سه جزء اساسی عاطفی، اجتماعی و شناختی وجود دارد (دانش، ۱۳۸۴). جزء عاطفی باعث حالات هیجانی مثبت می شود جزء اجتماعی منجر به روابط اجتماعی گسترده و مثبت با دیگران و جزء شناختی موجب برخورداری از تفکر می شود که وقایع روزمره را با خوشبینی تعبیر و تفسیر می کند (ظهور و همکاران، ۱۳۸۲). فیلسوف یونانی، افلاطون شادکامی را حالت تعادل و هماهنگی میان سه عنصر استدلال، هیجان و امیال می داند و ارسطو آنرا زندگی معنوی می داند (عبدی، ۲۰۰۶).

آرگایل در ادبیات جدید شادکامی را ترکیبی از وجود عاطفه مثبت و فقدان عاطفه منفی و رضایت از زندگی تعریف می کند (منتظری، ۲۰۱۲).

در واقع پیشینه تاریخی کشورمان نشان می دهد که نشاط در همه ادوار مورد توجه ایرانیان بوده است. در واقع شادمانی احساس رضایتمندی از زندگی و توانایی لذت بردن از تجربیات شخص است. به طور کلی تحقیقات نشان می دهد که دو دسته از عوامل در ایجاد و یا زوال نشاط و شادی مؤثر هستند:

۱- عوامل بیرونی مانند شرایط خانواده، محل زندگی، شرایط شغلی، سطح درآمد و نحوه گذراندن اوقات فراغت

۲- عوامل درونی مانند سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی؛ شادی زیر ساخت بسیاری از مسائل و نیروی محرکه جامعه است به همین دلیل همه کشورها کوشش می کنند که اگر نمی تواند همه عناصر لازم را برای بروز شادی فراهم کنند لااقل ابتکارهایی برای سوق دادن جامعه به سمت شاد زیستن را انجام دهند لغتنامه دهخدا در مقابل شادی معانی شادمانی، خوشحالی، مسرت، نشاط و طرب را قرار داده و با توجه به اهمیت شادی و نشاط در زندگی ما به طوری که بسیاری از روان شناسان اعتقاد دارند که با نشاط بودن یا به عبارتی سرزنده بودن بار روزانه ما را سبک می

کند(دانش، ۱۳۸۴). از نظر کامپتون مهمترین عامل در سلامت روان نشاط می باشد(منتظری، ۲۰۱۲). شادی در محیط کار زمانی حاصل می شود که فرد جهت دستیابی به اهداف کاری خود از تواناییها و استعدادهای خوداستفاده می نماید(دیوتون و همکاران، ۲۰۰۷).

با توجه به این تعریف تاکنون ابزارهای بسیاری برای سنجش افسردگی ساخته شده است که بدون تردید معروفترین آنها پرسشنامه شادکامی آکسفورد(OHI) است که معادل انگلیسی آن Oxford Happiness Inventory است. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط آرجیل، مارتین و کراسلند ساخته شد. شیوه ساخت آن به این گونه بود که این پژوهشگران از طریق رایزنی با آرون تی بک، جملات مقیاس افسردگی بک را وارونه کردند و ۲۱ گویه به دست آمد. سپس ۱۱ ماده به این ۲۱ ماده افزوده شد و در نهایت با بررسی های نهایی ۲۹ گویه ای پرسشنامه شادکامی آکسفورد در مقیاس لیکرتی(OHI) پدید آمد. همچنین در سالهای بعد این پرسشنامه تغییراتی یافت و با نام oxford happiness questionnaire یا با اختصار OHQ منتشر شد(بیانی، ۲۰۰۸).

استان ایلام در غرب کشور و در میان رشته کوههای زاگرس قرار گرفته که در بسیاری از زمینه های علمی، اقتصادی، اجتماعی و رفاهی مورد کم توجهی قرار گرفته و دارای محرومیت های زیادی می باشد. همچنین در زمینه بهداشت و درمان نیز با کمبودهای بسیاری مواجهه است. یکی از کمبودهای اساسی در این استان در ارائه خدمات پرستاری است. لذا از آنجائیکه در این زمینه مطالعات محدودی وجود دارد و از طرفی مطالعه تاثیر شادکامی ارائه دهندگان سلامت خصوصا پرستاران بر روی کیفیت خدمات آنان مطالعه ای انجام نگردیده است، در این پژوهش سعی بر آن است که به بررسی شادکامی و ارتباط آن با کیفیت خدمات پرستاری در پرستاران بیمارستانهای شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ پرداخته شود.

۱-۳ اهداف و فرضیات:

۱-۳-۱ هدف اصلی:

تعیین ارتباط بین شادکامی و کیفیت خدمات پرستاری در پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴

۱-۳-۲ اهداف فرعی:

- تعیین میزان شادکامی در پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام
- تعیین میزان وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام
- تعیین میزان وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام
- تعیین میزان شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام
- تعیین ارتباط شادکامی پرستاران با وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام
- تعیین ارتباط شادکامی پرستاران با وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام
- تعیین ارتباط شادکامی پرستاران با شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام
- تعیین ارتباط شادکامی پرستاران با خصوصیات دموگرافیک آنان در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام

۱-۳-۳ اهداف کاربردی

ارائه پیشنهاد نتایج این مطالعه به مدیران بیمارستانها در جهت ارتقای نشاط و شادکامی در پرستاران، هم راستا با ارتقای کیفیت خدماتی که توسط پرستاران ارائه می شود.

۱-۳-۴ سوالات پژوهشی:

- شادکامی در پرستاران بیمارستانهای شهر ایلام به چه میزان می باشد؟
- وضع موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام به چه میزان می باشد؟
- وضع مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام به چه میزان می باشد؟
- شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام به چه میزان می باشد؟
- آیا بین شادکامی پرستاران با وضع موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام ارتباط وجود دارد؟
- آیا بین شادکامی پرستاران با کیفیت مورد انتظار خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام ارتباط وجود دارد؟
- آیا بین شادکامی پرستاران با شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام ارتباط وجود دارد؟
- آیا بین شادکامی پرستاران با خصوصیات دموگرافیک آنان در بیمارستانهای شهر ایلام ارتباط وجود دارد؟

۱-۳-۵ فرضیه ها:

- بین شادکامی با وضع موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستان های مورد مطالعه ارتباط وجود دارد.
- بین شادکامی با کیفیت مورد انتظار خدمات پرستاری در بیمارستان های مورد مطالعه ارتباط وجود دارد.
- بین شادکامی با شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستان های مورد مطالعه ارتباط وجود دارد.
- بین شادکامی پرستاران با خصوصیات دموگرافیک آنان در بیمارستان های مورد مطالعه ارتباط وجود دارد.

فصل دوم :

بررسی متون

Literature Review

۲-۱ مقدمه

در این فصل به مطالب کلی و چهارچوب نظری و پنداشتی موضوع پژوهش از قبیل مفهوم و اهمیت شادکامی و بررسی نظریه ها و شاخص ها و عوامل تاثیر گذار بر شادکامی و سپس به بررسی مفهوم و تعریف کیفیت خدمات و نظریه های آن پرداخته شده است. در پایان نیز نظری اجمالی بر مطالعات انجام شده در زمینه موضوع پژوهش در ایران و جهان داشته ایم.

۲-۲ چهارچوب نظری و پنداشتی

۲-۲-۱ شادکامی

شادکامی در زمانهای مختلف، معانی متفاوتی داشته است یونانیان باستان شادکامی را یک فضیلت و به مثابه هدیه خدایان می دانستند. رومیان باستان آن را نعمت الهی به حساب می آوردند. به مسیحیان وعده داده شد که پس از تحمل رنج های زمینی، به شادکامی در بهشت خواهند رسید اما در دوره روشنفکری، شادکامی در روی زمین هم یافت می شود. در یکی دو دهه اخیر رویکرد روانشناسی مثبت مورد توجه روانشناسان بسیاری قرار گرفته است (سیلگمن و سکزنتمی هالای، ۲۰۰۱). یکی از مباحثی که در سالهای اخیر رویکرد روانشناسی مورد توجه قرار گرفته است مبحث شادی است، واژه شادی مفهومی روانشناختی است که دارای تعاریف و ابعاد مختلفی می باشد امروزه شادکامی یک حق طبیعی و یک اجبار دیده می شود. شادکامی (شادمانی) احساسی است که همه خواهان آن هستند اما تعداد کمی از ما به آن دست می یابیم. نشانه مشخص چنین احساسی، قدردانی، احساس درونی، احساس رضایت و علاقه به خود و دیگران است. عادی ترین حالت ذهنی همه، حالت خشنودی و شادی است. روان شناسان شادکامی را ناشی از حوادث مثبت متوالی زندگی، احساس مهارت بر حوادث خوب و بد زندگی، یافتن معنای زندگی، کنترل احساس و تجارب بیرونی و درگیر شدن کامل در جزئیات خوب و بد زندگی می دانند (فلاح و نیک فرجام، ۱۳۸۸).

در واژه نامه ها، شادی با واژه هایی همچون خوشحالی، شادکامی، خوشی و نشاط هم معنا دانسته اند (معین، ۱۳۷۱). شادی جنبه ای از عواطف انسانی است که دارای جنبه ها و تجلیات مختلف فردی-اجتماعی، روانی-جسمانی و شناختی-عاطفی می باشد، از آنجا که شادی تاثیر کمی و کیفی زیادی بر زندگی دارد، در فرایند تحول و توسعه مورد تاکید و توجه قرار گرفته است و برای افراد مورد علاقه شان می خواهند. علمای بزرگی چون سقراط، افلاطون و ارسطو، شادکامی را با سلامتی، ثروت و وزیر و بزم زندگی روزانه همبسته دانسته و به زعم آنان شادکامی مربوط به یک زمان نیست، بلکه مربوط به کل زندگی است (لیاقتدار و همکاران ۱۳۸۷).

شادی زیر مجموعه ای از هیجان آدمی است و جدای از هیجان نمی توان به تعریف آن پرداخت، پس شادی تمامی خصوصیات یک هیجان را داراست. شادی نه تنها به سطح بالایی از عاطفه یا هیجان مثبت بستگی دارد بلکه به سنجش عمیق تر رضایت کلی از زندگی نیز وابسته است. هیجانات بسیار مثبت ممکن است کوتاه مدت باشند، اما رضایت می تواند درازمدت باشد؛ بنابراین می تواند هدفی واقع بینانه تر برای وجود انسان باشد (آیزنک، ۱۹۹۰). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این نوع داوری از بیرون به فرد تحمیل نمی شود، بلکه حالتی است درونی که از هیجانهای مثبت تاثیر می پذیرد (مایرزو دینر، ۱۹۹۵).

مایکل آیزنک شادی را چنین تعریف میکند: "شادی عبارت است از مجموع لذتهای بدون درد". مک گیل نیز گفته است: "ظاهراً معنی بنیادی شادی چنین چیزی است، حالتی پایدار که در آن به این شرط؛ مطلوب ترین نسبت تمایلات ارضاء شده به کل تمایلات روی می دهد که تمایلات ارضاء شده

مشمول باشند برای ارضاهایی که از طریق تمایلات ویژه پیش از آنها رخ نمی دهد، بلکه به واسطه تعجب حاصل می شوند. یعنی ما از مصاحبت با فردی که انتظار دیدن وی را نداشته ایم شاد می شویم (متیوس، ۱۳۸۲).

هپوپراتر نیز میگوید: "شادی یعنی ملاطفت، آرامش، تمرکز، سادگی، بخشنده‌گی، شوخ طبعی، بی پروایی و اعتماد" (پروین، ۱۳۷۴). جان مارشال ریو نیز آورده است: "شادی احساس مثبتی است که از حس ارضاء پیروزی به دست می آید. دنیز پیشگام مطالعات علمی درباره شادکامی، نیز به این نتیجه رسیده است که: "شادکامی ترکیبی از وجود عاطفه مثبت یا خوشایند، نبودن عاطفه منفی یا ناخوشایند، زندگی بسیار رضایتمندانه و ادراک خشنود کننده فرد از زندگی است (مزحجی، ۱۳۸۴). مک دوگال نیز چنین میگوید: "شادی از عمل هماهنگ همه عواطف یک شخصیت یکپارچه و کاملاً منسجم ناشی می شود، شخصیتی که در آن احساسات اصلی یکدیگر را در یک رشته اعمالی که همگی متوجه یک یا چند هدف تقریباً متحد و هماهنگ است تقویت می کند. هیدی (۲۰۰۸) می گوید: "شادی شخصیت‌های برون گرا و شخصیت‌های روان رنجور بیشتر تغییر میکند، که این تغییر یا به صورت مثبت است یا منفی. همچنین معتقد است بیشتر اوقات سطوح شادمانی در ما ثابت باقی می ماند، اما در برخی از افراد به خاطر رفتارهای نمایشی این سطوح تغییر می کند. آرجیل (۲۰۰۱) بین احساس خوشی و شادکامی تمایز قائل می شود. به زعم وی احساس خوشی یکی از رایج ترین شیوه‌هایی است که افراد با آن شادمانی خود را تعریف میکنند، در تعریف احساس خوشی آرجیل معتقد است، افراد دارای خلق‌های منفی بسیارند مانند: خشم، اضطراب، افسردگی و... ولی واقعا یک خلق مثبت دارند که تحت عنوان احساس خوشی توصیف می شود، درواقع می توان گفت شادمانی دارای سه جزء است، یک جزء آن احساس خوشی است و دو جزء دیگر آن رضایت از زندگی و عدم وجود عاطفه منفی است. خوشی بعد عاطفی شادمانی است و رضایت بعد شناختی آن است.

برادیون (۱۹۶۹) معتقد است: "شادمانی عبارت است از میزان عاطفه مثبت منهای میزان عاطفه منفی. عاطفه منفی برادیون همان است که توسط مقیاس روان رنجورگرایی آیزنک و آزمون افسردگی بک اندازه گیری می شود. در عین حال هدی و ویرینگ (۱۹۹۲) دریافتند همبستگی بین اضطراب و افسردگی (دو عاطفه منفی مسلط) فقط ۵٪ است آنچنان که می توان گفت که این احساس تقریباً مستقل اند. با توجه به یافته‌های فوق الذکر تقسیم عاطفه منفی به دو احساس اضطراب و افسردگی می توان چهار مولفه برای شادی در نظر گرفت. این چهار مولفه عبارتند از: عاطفه مثبت، رضایت از زندگی، اضطراب و افسردگی (آرجیل، ۲۰۰۱).

۲-۲-۲ فواید شادکامی

افرادی که شادکامی خود را به حداکثر می رسانند، وسطوح بالای شادکامی و رضایت از زندگی را در اکثر مواقع تجربه می کنند، فواید بیشمار دیگری را به دست می آورند. شادکامی و رضایتمندی از زندگی در سطح بالاتر از متوسط حاکی از این است که در رسیدن به آرزوهایمان در حیطه‌های ارزشمند زندگی عملکرد خوبی داشته ایم. موفقیت موجب پرورش موفقیت می شود و این تجربه درونی از شادکامی پایدار و رضایتمندی، اعتماد به نفس، خوش بینی، خودکار آمدی، تفسیر مثبت از دیگران، خوش برخورد بودن، خونگرمی، فعالیت و انرژی، رفتارهای هماهنگ با جامعه، امنیت، سلامت جسمانی، انطباق موثر با چالش‌ها و فشارها، ابتکار، انعطاف پذیری و رفتارهای هدفمند را افزایش می دهد. این ویژگی‌های شادکامی بالا، به نوبه خود باعث می شود که افراد شاد با ثبات (یعنی کسانی که عواطف مثبت را در اکثر موارد تجربه می کنند) در رسیدن به اهداف دیگر خود در حیطه‌های ارزشمند زندگی

موفق شوند. افراد شاد، نسبت به گروه همسالان خود که کمتر شاد هستند، ازدواج های پایدارتر و موفق تر، دوستان بیشتر، درآمد بالاتر، موفقیت شغلی بهتر، فعالیتهای اجتماعی بیشتر، سلامت روانی و جسمانی بهتر و حتی طول عمر بیشتری دارند

۲-۲-۳ جایگاه شادی در چارچوب هیجانها

سالهاست که در طبقه بندی حالت های روانی، شادی و نشاط را درمقوله ی هیجانها قرار داده اند. اگر چه طبقه بندی حالات احساسی که درمقوله اخیر قرار میگیرند به علت کثرت تعداد هیجان ها، آسان نیست اما کوششهای متعددی در راه نظم دهی و مجزاسازی آنها به عمل آمده است. و شاید اشاره به طبقه بندی ای، که هیجانها را به چهار بعد اصلی تقسیم می کند، بتواند جایگاه شادی و نشاط را در چهار چوب هیجانها مشخص کند در این طبقه بندی، هیجانها بر اساس ابعاد زیر از یکدیگر متمایز شده اند:

- مثبت و منفی

- نخستین یا مختلط

- قرار گرفتن در قطبهای متضاد

- سطوح مختلف شدت

باتوجه به این ابعاد می توان شادی و نشاط را به عنوان یک هیجان مثبت در نظر گرفت که امکان ترکیب و تالیف آن با هیجانهای دیگر نیز وجود دارد. این حالت در قطب متضاد با خشم، احساس گناه و افسردگی قرار می گیرد و میزان شدت آنها نیز تغییر پذیراست. بدین ترتیب مشاهده می شود که بیان دقیق مساله و هدفهای موضوع مورد نظر ما، نیازمند تصریح بیشتر مقوله هیجانهاست. اراء تعریف دقیقی از هیجان بسیار مشکل است چرا که افراد فرهنگ ها و مناطق مختلف، دارای دریافتهای متفاوتی از این مفهوم می باشد و مع هذا در باره ویژگیهای خاصی از آن توافق نظر دیده می شود و اغلب مولفان براین باورند که حالت های هیجانی براساس احساسات مثبت یا منفی کوتاه مدت نسبت به یک موضوع معین (واقعی یا خیالی) برانگیخته می شوند. به بیانی دیگر، می توان هیجانها را از سویی به منزله واکنشهای وحدت یافته نسبت به رویدادهای معنا دار شخصی دانست که واکنشهای فیزیولوژیکی، رفتاری، شناختی و همچنین احساسهای فاعلی لذت و عدم لذت را در بر میگیرند و از سوی دیگر، آنها را به عنوان واکنش های عاطفی شدیدی تلقی کرد که تابع مراکز دیانسفالیک اند معمولا شامل تظاهرات نباتی می شوند و جلوه های آنها در شادی، اندوه، ترس، خشم، تنفرو غیره قابل مشاهده است (منصور و همکاران، ۱۳۸۱).

پیوند هیجان واز آن میان شادی و نشاط با شناخت و رفتار به خوبی آشکار می گردد و تعامل چنین عواملی است که بررسی هیجانهای منفی و مثبت را از اهمیت خاصی برخوردار می سازد. چرا که هیجانهای منفی به کاهش سطوح حرمت خود و کیفیت روابط با دیگران منجر می شوند در حالی که هیجانهای مثبت، حرمت خود را افزایش می دهند و به گسترش روابط با دیگران می انجامند. در چهار چوب هیجان های مثبت، نشاط و شادی هیجانی است که همه در جستجوی آن هستند و شدت آن نیز مانند هر هیجان دیگری متغیر است. اما باید بر این نکته تاکید کرد که نشاط در واقع از جلوه های ظاهری مفهوم عمیق خوشبختی است. نشاط و خوشبختی در زبان عامیانه به احساسی تغییر پذیر و همچنین به احساس پایدار رضایت کلی از

زندگی نسبت داده می شود. از دیدگاه علمی تر خوشبختی براساس سطح ارزشیابی کلی مثبت هر فرد از کیفیت مجموعه ی زندگی فعلی وی تعریف می شود (جان بزرگی، ۱۳۸۰).

۲-۲-۴ شاخص های شادکامی

۲-۲-۴-۱ حالت چهره - قیافه: جایگاه اصلی هیجانات، چهره است، چهره می تواند شماری از هیجانات از جمله شادی را نشان دهد. شاید مشخص ترین حالت چهره که نشان دهنده شادکامی است را بتوان در حرکت لبها وخصوصا در میزان خنده افراد دید. ولی آنچه اهمیت دارد توجه به همه جسم است.

۲-۲-۴-۲ بیان احساسات شاد توسط خود فرد: توجه به مطالبی که فرد در مورد احساسات خود بیان می کند نیز می تواند شاخصی از شادکامی فرد باشد.

۲-۲-۴-۳ توجه به محتوی گفتار فرد: وقتی فردی محتوای کلامش خوشبینانه تر است می توان گفت احساس درونی فرد نیز شادکام است وقتی محتوای کلام فرد بدبینانه است می توان گفت شادکام نیست (عابدی، ۱۳۸۶).

۲-۲-۵ دیدگاه شناختی و شادکامی

موضوع تعیین کننده های شادکامی وچگونگی ادراک و شناخت آنها از مدتها قبل مورد بحث بوده است و دامنه آن، دیدگاههای دینی و فلسفی را نیز در بر دارد. این دیدگاه ها در مورد سودمندی تفکرات و شناختهایی تاکید دارند که باعث هدایت هیجانها و خلاقیات فرد می گردد برای مثال در بعضی از ادیان برای مقابله با هیجانهای ناخوشایند، گسلش روانی از دینت توصیه می گردد (واینر ۱۹۸۵).

یکی از نظریه های خوشبختی ذهنی و شادکامی نظریه اسناد می باشد، که در مورد افسردگی به خوبی شناخته شده است. در این نظریه اعتماد برآن است که افراد افسرده وقایع منفی را علل پا برجا و کلی می دانند که پیوسته برای آنان اتفاق می افتد. از نظر بک (۱۹۶۷) به نقل از واینر (۱۹۸۵) افراد افسرده به روشهای خود به ویرانگری در جهان می اندیشند.

داینر اسنادهای مربوط به موفقیت و شکست را توصیف کرده است. به اعتقاد وی رویدادهای ذهنی، نقش واسطه را بین متغیرهای مربوط به تکالیف و رفتار بعدی دارند و افراد نتایج رفتاری خود را به عواملی درونی (شخصی) و بیرونی (موقعیتی)، پایدار و ناپایدار و کنترل ناپذیر اسناد می دهند. این ویژگیها انتظارات متفاوتی در آینده برای آنان ایجاد می کند و منجر به واکنشهای عاطفی مثبت یا منفی می گردد. وقتی که موفقیت یا شکست به عوامل درونی نسبت داده می شود غرور- شادی یا شرمساری- اندوه افزایش می یابد وقتی که موفقیت یا شکست به عوامل بیرونی نسبت داده می شود غرور- شادی یا شرمساری- اندوه کاهش می یابد. بنابراین موفقیتی که فرد آن را به سادگی تکلیف یا خوش اقبالی (عوامل بیرونی) نسبت می دهد، از جنبه تقویتی برخوردار نخواهد بود. یکی از پیامدهای نسبت دادن های علی در ارتباط با منابع کنترل درونی و بیرونی، ارتباط آن با یکی از عوامل شادکامی یعنی عزت نفس است. اگر پیامدهای مثبت رفتار به علل درونی مانند توانایی و تلاش نسبت داده شوند باعث افزایش عزت نفس خواهد بود. به طور خلاصه اسنادها هیجانهای متفاوتی را ایجاد می کنند. بر طبق نظریه واینر، موفقیت و شکست باعث به وجود آمدن احساس شادی و غمگینی می شود. این

هیجانها به این علت اسنادی است که افراد متعاقباً در مورد شکست یا موفقیت به کار می روند. واینر(۱۹۸۵)، به نقل از تایلور و همکاران با یک نمودار با عنوان تحلیل اسنادی نشان داده است که چگونه اسنادهای متفاوت شادمانی یا اندوهگینی ایجاد می کنند.

۲-۲-۶ تحلیل اسناد هیجان (به نقل از تایلور و همکاران، ۱۹۹۴)

در حیطه موضوع خوشبختی ذهنی و شادکامی پژوهشگران نشان داده اند که افراد می توانند هیجانات خود را از طریق افکارشان، شدید، ضعیف، مثبت و یا منفی نمایند و بدین ترتیب شادمانی یا غمگینی را تجربه نمایند. در نظریه های شناختی اعتماد بر آن است که افراد شادکام رویدادهای بیشتری را که از نظر فرهنگی مطلوب است تجربه می کنند و نیز رویدادهای خنثی را به صورت مثبت و رویدادهای مثبت را به صورت مثبت تر در نظر می گیرند. در واقع مردم قادرند از طریق کنترل افکارشان، خوشبختی ذهنی و شادکامی خود را افزایش دهند. برای مثال؛ این عقیده که در جهان یک نیرو و مقصد والایی وجود دارد که می تواند به خوشبختی و شادکامی افراد بیفزاید. این موضوع را تحقیقات زیادی به اثبات رسانده است. که افراد دارای گرایش دینی از افراد دیگر شادکام تر هستند. علاوه بر آن این نوع تفکر به بالاترین خوشبختی ذهنی و شادکامی و خوش بینی نسبت به آینده منجر می گردد نظریه های مقابله از بعد شناختی نیز بیانگر آن است که افراد شادکام افکار و رفتارهایی دارند که سازگار و کمک کننده است، در حالی که افراد غیر شادکام به روشهای غیر مخرب عمل و تفکر میکنند (باس، ۲۰۰۰).

۲-۲-۷ نظریه های شادکامی

۲-۲-۷-۱ نظریه دایر و همکاران

دایر و ساه شادکامی را شامل سه جزء می دانستند که عبارتند از جزء شناختی؛ یعنی نوعی تفکر و پردازش که منجر به خوشبختی فرد می شود. جزء عاطفی و هیجانی؛ که همان خلق شاد و مثبت است و جزء اجتماعی؛ که بیانگر گسترش روابط اجتماعی با دیگران و به دنبال آن افزایش حمایت می باشد. در این ارتباط دایر معتقد است که وقتی از مردم پرسیده می شود که "فرد شادکام چه کسی است؟" در پاسخ، به یک شبکه حمایتی از روابط درون فرهنگی اشاره می کنند که به تفسیر مثبت و خوش بینانه از رویدادهای روزمره زندگی می انجامد.

طبق نظر دایر شادکامی ارزشیابی هایی است که افراد از خود و زندگی خود به عمل می آورند. این ارزشیابی ها می تواند جنبه شناختی داشته باشد، مانند قضاوت هایی که در مورد رضایت از زندگی صورت می گیرد و یا جنبه ی عاطفی که شامل خلق هیجاناتی است که در واکنش رویدادهای زندگی ظاهر می شود. بنابراین شادکامی از چهار جزء تشکیل یافته که عبارتند از رضایت از زندگی، خلق و هیجانات مثبت و خوشایند، خوش بینی، عزت نفس، احساس شکوفایی و نبود خلق و هیجانات منفی. در این نظریه ویژگی افراد شادکام عبارت است از: داشتن دستگاه ایمنی قوی تر و عمر طولانی تر، برخورداری از روابط اجتماعی بهتر، مقابله موثر با موقعیت های مشکل، خلاقیت، موفقیت بیشتر و شانس زیادتر برای کمک به دیگران. لوکاس و دایر با اشاره به بررسی ویلسون در مورد شادکامی معتقدند بسیاری از نتیجه گیری های او از طریق مطالعات بعدی مورد تاثیر قرار گرفته است. ویلسون با بررسی شواهد تجربی و هم بسته های شادکامی این طور نتیجه گیری کرده بود که فرد شادکام فردی ست: زنده دل، سالم و فرهیخته، برون گرا، خوش بین، آزاد از نگرانی، مذهبی، دارای عزت نفس بالا و برخورداری از اخلاق حرفه ای، تمایلات فروتنی و هوش. (دایر ۲۰۰۲).

۲-۷-۲-۲ نظریه آرگایل

بنابر نظریه آرگایل شادکامی از دو جزء اساسی عاطفی و شناختی تشکیل شده است. او براین باور است که اگر از مردم سوال شود " شادکامی چیست؟" دو نوع پاسخ را مطرح می کنند"

الف: ممکن است حالات هیجانی مثبت مانند لذت بردن را عنوان کنند.

ب: به طور کلی آن را راضی بودن از زندگی یا رضایت از بیشتر جنبه های زندگی بدانند.

از نظر آرگایل شادکامی متضاد افسردگی نمی باشد، اما شرط عدم افسردگی را برای شادکامی لازم می داند(آرگایل، ۲۰۰۱).

۲-۷-۳ نظریه تبیین های فیزیولوژیک

خلق مثبت از طریق انتقال دهنده های عصبی چون دوپامین و سرتونین ایجاد می شود. این انتقال دهنده ها را می توان به وسیله دارو ونیز از طریق فعالیت مرتبط با هدف فعال ساخت. ورزش و تمرین به علت فعال سازی آندورفین باعث نشاط دوندگان می شود. از طریق مصرف دارو نیز می توان خلق مثبت ایجاد کرد. الکل اضطراب را کاهش می دهد و باعث هیجان مثبت، ایمنی، شادی، اجتماعی بودن، هیجان، احساس آزادی می شود ولی احساسات ایجاد شده توسط الکل موقت است و مضرات آن نیز زیاد است. ماری جوانا هیجان و تحرک تولید می کند. این هیجانات مختلف را می توان بدون دارو نیز ایجاد کرد و به همان اندازه داروها نیز میتوانند موثر باشند. احتمالاً به نظر می رسد که هیجانات ایجاد شده به واسطه موفقیت یا موسیقی همان طور مغز را فعال می سازد که مستقیماً توسط دارو تحریک می شود(عابدی، ۱۳۸۶).

۲-۷-۴ نظریه روابط و فعالیت های اجتماعی

محققان در یافته اند که عشق منبع عظیمی از خوشی و مسرت است و ارتباطات اجتماعی و شادی را تحت تاثیر قرار می دهد. افراد برون گرا شاد هستند و شادی آنها به این علت است که مهارت اجتماعی زیاد و فعالیت اجتماعی واقعی دارند. یعنی از دلایل اصلی رضایت از اوقات فراغت و تفریح، لذت بخشی روابط اجتماعی که آنها را در یک حالت خلقی خوب قرار می دهد و در نتیجه به دنبال فعالیت اجتماعی بیشتر بر می آیند. ارتباط نزدیک میان شادکامی و معاشرت می تواند ناشی از رضایت ارضای نیازهای اجتماعی، برآوردن نیازهای مربوط به عزت نفس با یادآوری روابط نزدیک در زمان کودکی باشد (ساینگتون، ۱۳۷۹).

۲-۷-۵ نظریه مزلو

یکی از شیوه هایی که منجر به شادی عظیم در انسان می شود تجربه کردن لحظات اوج است. مزلو تحقیق نظام داری را در زمینه آن دسته از تجربی انجام داد که به واسطه شادی وافر متداعی با آنها، در حافظه مردم رسوخ کرده. برای خود مزلو گوش دادن به موسیقی کلاسیک مخصوصاً آثار باخ و بتهوون لحظات اوج را به وجود می آورد. وقتی مزلو از ۱۹۵ نفر خواست تا تجارب اوج خود را توصیف کنند متوجه شد تجارب اوج برای آنها تا حدودی اسرار آمیز بوده است دو مورد از رایجترین لحظات اوج تجارب ناشی از ارتباط جنسی و موسیقی می باشد.

سایر عوامل ذکر شده عبارت بودند: از نیل به برتری و کمال واقعی. زنان نیز از داشتن تجارب آوج حین تولد فرزندشان خبر دادند. البته این تجارب بیشتر برای بزرگسال ها مفهوم دارد و چون سن یکی از عوامل مهم در تجربه ی شادی است. بدیهی است که لذت در دوران کودکی به هیچ وجه تشابهی به لذت در دوران نوجوانی یا میانسالی ندارد. یکی دیگر از عوامل قابل بررسی جنسیت است. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد کودکان با جنسیت های متفاوت لذت می برند. (مازلو، ۱۳۶۷).

۲-۲-۸ عوامل تاثیر گذار بر شادکامی

در بررسی و مطالعه ی حالات و پدیده های مختلف، بیان عوامل ایجادکننده و تاثیر گذار بر آنها، ضروری به نظر می رسد. شادی انسان از عوامل متعدد تاثیر می پذیرد. شاید در نگاه اول بیشتر افراد، ثروت را به عنوان عامل اصلی شادی نام ببرند و گاهی نیز سلامتی، تحصیلات و ازدواج را به عنوان علل اصلی شادمانی ذکر می کنند.

تحقیقات گسترده ای در خصوص ارتباط بین عوامل دموگرافیکی و محیطی با شادمانی صورت پذیرفته است. سرآغاز این تحقیقات و مطالعات را می توان در مطالعه کاترل بر روی ۲۳۸۷ نفر از ۱۱ کشور مختلف، پژوهش برادبرن و پژوهش کمیلی، کارنورس و رابوز در ایالات متحده با بیش از ۶۳۰۰۰ پاسخگو و مروری که ون هون و همکاران بر روی ۶۰۳ مورد از چنین مطالعاتی در ۶۹ کشور انجام دادند، ردیابی نمود. (فرزاد فر و همکاران، ۱۳۸۵).

۲-۲-۸-۱ تفاوت های جنسیتی

مطالعات زیادی در مورد تفاوت های جنسیتی و شادی وجود دارد. داینر و همکاران دریافتند میانگین شدت عواطف زنان نسبت به مردان در یک مقیاس ۱-۶ نمره ای ۴/۳۴ در مقابل ۳/۸۸ می باشد. این ممکن است به این خاطر باشد که زنان هم روابط اجتماعی بیشتری دارند و هم در روابط اجتماعی، خود را بیشتر ابراز می کنند.

میزان نشاط زنان و مردان برابر است. اما هنگامی که افسردگی را در نظر می گیریم موضوع تا حدودی پیچیده می شود. به این نحو که با وجود شادی یکسان زنان و مردان افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. تبیین داینر و همکارانش در این مورد این است که زنان هم عاطفه منفی و هم عاطفه مثبت بیشتری را تجربه می کنند. بنابراین برآیند این دو عاطفه، شادی زنان و مردان را یکسان می سازد (داینرو همکاران، ۲۰۰۲).

منابع شادی برای دو جنس متفاوت است. مردها بیشتر بوسیله خودشان، شغلشان و رضایت اقتصادی تحت تاثیر قرار می گیرند، زنان بیشتر بوسیله فرزندانشان و سلامتی خانواده شان تحت تاثیر قرار می گیرند. زنان میزان عواطف منفی و افسردگی بیشتری را در مقایسه با مردان گزارش می کنند و بیش از مردان به دنبال این اختلافات برمی آیند. ولی با این حال مردان و زنان میزان مشابهی از رضایت کلی را گزارش می کنند. علت آن احتمالا این است که زنان پذیرش بهتری نسبت به عواطف منفی خود دارند. در حالی که مردان داشتن چنین عواملی را انکار می کنند (فرزادفر و همکاران، ۱۳۸۵).

۲-۲-۸-۲ درآمد

اکثر افراد براین عقیده اند که افراد با درآمد بالا بیش از افراد با درآمد پایین شاد هستند، اما ارتباط به آن اندازه که تصور می شود آشکار و صریح نیست (آیزنک، ۱۹۹۹).

در مجموع، یک همبستگی معنادار اما ضعیف (۱۲٪) بین میزان درآمد و شادکامی در یک نمونه مصرف از جامعه آمریکا به دست آمده است. تاثیر درآمد برشادی کم است. یک گروه از افراد بیشتر از ۱۲۵ میلیون دلار با یک گروه کنترل از همان منطقه جغرافیایی که به طور تصادفی انتخاب شده بودند مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد کسانی که بسیار غنی هستند تا حدی نسبت به افراد گروه کنترل شادترند و اما هم پوشی قابل توجهی در توزیع گروههای ثروتمند و فقیر وجود دارد. به طور کلی افراد ثروتمند، شادتر از افراد فقیرند. اما میزان آن کم است (فرزاد فر و همکاران، ۱۳۸۵).

اسوالد با توجه به مطالعات صورت گرفته در ایالات متحده و دوازده کشور عضو اتحادیه اروپایی خاطر نشان کرد که :

۱- پول شادی می آورد ولی اثر آن محدود بوده و گاهی به لحاظ آماری معنادار نیست.

۲- بیکاری افراد را ناشاد می کند به ویژه زمانی که با از دست رفتن منبع درآمد همراه باشد.

تحقیق برادبرن نشان داد که عاطفه مثبت ارتباط مشخص و واضحی با درآمد داشت و این ارتباط از میزان ۳۲٪ برای فقیرترین گروه تا ۷۵٪ برای غنی ترین گروه متفاوت بود (باس، ۲۰۰۰).

۲-۲-۸-۳ ازدواج

پژوهشهای متعددی حاکی از این است که افراد متاهل شادتر از افراد مطلقه، مجرد، متارکه کرده، ویا همسر از داده می باشند، همچنین متاهلان دارای فرزند شادتر از متاهلان بدون فرزند هستند. ازدواج به لحاظ تجربه عواطف مثبت منافع بیشتری برای مردان در بر دارد ولی میزان رضایت از زندگی در بین زنان و مردان متاهل یکسان است. بسیاری از محققین معتقدند که ازدواج به عنوان یک سپر در برابر سختی های زندگی عمل می کند و حمایت های هیجانی اقتصادی که ایجاد حالت مثبت می کند را ارائه می دهد. ازدواج قوی ترین اثر را بر شادکامی و سلامت روانی و جسمانی دارد و محرومیت از آن بسیار آشفته ساز است (دیکی، ۱۹۹۹).

۲-۲-۸-۴ سن

برادبرن براساس تحقیقی دریافت ۳۸٪ افراد در بیست سالگی، خود را بسیار شاد توصیف می کنند در حالی که ۳۱٪ افراد در سی سالگی و ۳۰٪ افراد که در چهل سالگی به سر می برند چنین احساسی را بیان کرده اند. تنها ۸٪ افرادی که در بیست سالگی به سر می برند، نسبتا شاد نیستند. این میزان هر ده سال افزایش می یابد و برای افرادی که در پنجاه سالگی به سر می برند به ۱۷٪ می رسد. براساس بررسی های مختلف رضایت مندی و عاطفه به نسبت افزایش سن کمی افزایش می یابد و عاطفه منفی به نسبت افزایش سن کاهش می یابد و این هردو مورد در مردان بیشتر است (اپستین، ۱۹۸۳).

۲-۲-۸-۵ تحصیلات

تحقیقات حاکی از وجود یک همبستگی معنادار اما کم بین میزان تحصیلات و شادکامی می باشد. با گذشت زمان نقش تحصیلات بر شادکامی در ایالات متحده کم رنگ تر شده است. بخش اصلی از ارتباط بین تحصیلات و شادکامی از هم بستگی تحصیلات با موفقیت شغلی و درآمد ناشی می شود.

جالب تر اینکه آنها معتقدند که تحصیلات اگر منجر به انتظاراتی شود که نتوان آنها را برآورده ساخت ممکن است حتی با شادکامی تداخل کند، بنابراین فاصله بین هدف ودستیابی به آن را افزایش می دهد(یزدانی، ۱۳۸۱).

ارتباط بین تحصیلات و شادی مثل ارتباط بین ثروت و شادی است. یعنی در کل نمی توان گفت هرچه تحصیلات بالاتر شادکامی بیشتر می شود، ولی از آنجا که ممکن است افراد با تحصیلات بالاتر حداقل درحد برآوردن نیازهای اساسی زندگی، درآمد داشته باشند. بنابراین کم بودن میزان شادکامی آنها ممکن است به این دلیل نباشد، ولی در مجموع بین میزان تحصیلات و شادی ارتباط حتمی وجود ندارد(عابدی، ۱۳۸۶).

۲-۲-۸-۶ رضایت شغلی

تصور عموم براین است که افرادی که مشاغل جالب و پر درآمد دارند از افرادی که مشاغل یکنواخت و کم درآمد دارند شادتر هستند. اگر چه این دیدگاه تا حدودی صحیح است اما در بین افرادی که شاغل هستند و افرادی که بیکار هستند، تفاوت بسیار بیشتری از لحاظ شادی وجود دارد. نتایج پژوهشها حاکی از آن است که فقط ۱۰٪ افراد بیکار در مقایسه با ۳۰٪ جمعیت معمولی خودشان را خیلی شاد می دانند(آیزنک، ۱۹۹۹).

بیکاری، بر هر جنبه ای از شادکامی از قبیل عاطفه مثبت، رضایت از زندگی و عاطفه منفی تاثیر گذار است. همچنین افسردگی، خودکشی، خودکشی، بی تفاوتی و عزت نفس پایین از پیامدهای بیکاری می باشند که جنبه های مختلف شادکامی پایین هستند(آرگایل، ۲۰۰۱).

مهمترین عامل تعیین کننده رضایت شغلی و شادی، خود مختاری یا میزان استقلال و آزادی در برابر کنترل مستقیمی است که شغل فرد به همراه دارد. رضایت شغلی یکی از عوامل تاثیر گذار بر شادکامی است. میوهالی برای اولین بار مفهوم فلو را وارد ادبیات شادکامی کرده است. فلو به معنای لحظات فوق العاده نشاط انگیزی است که آن چه که فرد تجربه می کند، آن چه آرزو می کند و آن چه فکر می کند با هم هماهنگ هستند. وی معتقد است که مردم شادی بیشتری را در هنگام کار تجربه می کنند و چنین می نماید که رضایت شغلی یکی از مهمترین پیش بینی کننده های شادکامی باشد(آیزنک، ۱۹۹۹).

۲-۲-۸-۷ سلامتی

سلامتی و نشاط با یکدیگر ارتباط دارند. سلامتی خوب همانند شادکامی و خوشبختی بستگی به ذهن دارد و به عبارت دیگر بستگی به این دارد که چه نگرشی در سر دارید. آنچه به واقع سلامتی را افزایش می دهد پیام های ناخودآگاهی است که همه روزه به ذهن خود مخابره می کنید. انسان شاد و مثبت تا حدود زیادی از سلامتی خوبی برخوردارند، زیرا ذهن خود را با افکاری پر میکنند که باعث تولید اندورفین در بدن آنها می شود و این امر سلامتی را افزایش می دهد. برعکس افکار و احساسات منفی در بدن انسان تولید سم می کند که برای انسان مضر است(شهرین، ۱۳۷۷).

سلامتی و شادکامی با یکدیگر ارتباط دارند. برخی از تحقیقات از جمله مطالعات علی پور و همکاران بیانگر این نکته هستند که شادی دستگاه ایمنی را تقویت می کند و تقویت دستگاه ایمنی سلامت فرد را بهبود می بخشد. ون هون نیز ارتباط شادکامی را با سلامت چنین بیان می کند که: اولاً فقدان شادکامی استرس زا است و استرس می تواند بیماریهای خطرناکی تولید کند. ثانياً شادکامی برای رشد روانی فرد لازم و مفید است، زیرا شادکامی به شخص کمک می کند که با فشارهای روحی مقابله کند از آنجایی که فقدان سلامتی موجب مختل شدن فرآیند دستیابی به اهداف می گردد از تاثیر منفی بر شادکامی برخوردار است(ون هون، ۱۹۹۴).

۲-۲-۸-۸ مذهب

بررسی های اخیر این واقعیت را ثابت می کند ایمان می تواند منجر به شادی و زندگی شادتر شود. بررسی هایی که توسط محققان سازمان هایی از قبیل گالوپ انجام گرفته نشان داده اند که افراد مومن و متدین احساس شادی و رضایت از زندگی بیشتری دارند. مطالعات نشان داده اند ایمان نه تنها باعث احساس شادی بیشتر می شود، بلکه ایمان دینی قوی به انسان کمک می کند که با مواردی مثل کهولت سن، بحران های شخصی و یا بیماری های ناعلاج بهتر و موثرتر کنار بیاید (لاما و کاتلر، ۱۳۸۲).

۲-۲-۸-۹ اوقات فراغت و تفریح

تفریح می تواند منجر به شادی شود و این بدان معناست که فعالیتهای تفریحی آن چیزی است که افراد خودشان آزادانه انتخاب می کنند، آنها چیزهایی را انتخاب می کنند که از آن لذت می برند. از آن جا که تفریح تحت کنترل ما قرار دارد و به راحتی می توان آنرا تغییر داد، اهمیت زیادی دارد. تعطیلات نیز منبعی از شادی و آرامش است (فرزادفر، ۱۳۸۵).

شواهد قطعی مبنی بر این است که معمولا روزهای تعطیل موجب شادی کلی انسان می شود، وجود دارد، احتمالا فعالیتهای تفریحی به این علت بر شادی مردم تاثیر می گذارد که مردم اوقات زیادی را خارج از محیط کار و سایر تعهدات فشارزا می گذرانند. هم چنین معلوم شده است که روزهای تعطیل موجب افزایش عاطفه مثبت نمی شود، بلکه کاهش چشمگیری در عواطف منفی ایجاد می کند. فایده اساسی تفریح، اثر فوری آن بر عاطفه مثبت است. تفریح، باعث افزایش عاطفه مثبت می باشد. تفریح تاثیر زیادی بر همه ی جنبه های سلامت و به خصوص بر عاطفه مثبت و نیز بر سلامت روانی و جسمی و نیز تا اندازه ای کمتر بر خود شادی دارد. تاثیرات تفریح بر شادی را می توان تا حدودی به وسیله رضایتمندی اجتماعی که به وسیله تفریح حاصل می شود تبیین کرد (کار، ۲۰۰۴).

۲-۲-۸-۱۰ موفقیت و تایید اجتماعی

عزت نفس ارتباط نزدیکی با شادی دارد و همان طور که مشخص است یکی از شایعترین منابع لذت محسوب می شود. موفقیت و تایید اجتماعی مهمترین منبع شادی است؛ البته عزت نفس تا حدودی به ارتباط با دیگران و تا حدودی به عملکرد موفقیت آمیز بستگی دارد (آرگایل، ۲۰۰۱).

۲-۹ تاریخچه کیفیت خدمات :

قدیمی ترین شکل استفاده از کیفیت به ۳۰۰۰ سال پیش بر می گردد. زمانی که بابلی ها از واحد های استاندارد برای توزین و یا اندازه گیری کالاها به صورت توافقی بین هم استفاده می کردند. پیدایش کنترل کیفیت تقریباً همزمان با پیدایش صنعت می باشد. در دوران قرون وسطی کیفیت مورد نیاز صنعت، مستلزم کنترل بسیار وسیع به همراه آموزش های درازمدت بود. این آموزش ها باعث می شود که کارگر در مورد کیفیت محصول احساس افتخار کند. . در قرن یازدهم در انگلستان قانون اصناف حق بازررسی کیفیت کالاها را به بازرسان کار می دهد تا بهدین وسیله در مورد آنهایی که محصولات آنها مطابق با کیفیت نیستند اعمال تنبیه کرده و در مورد کالاها خوب مهر تایید بزنند. تست مرغوبیت کالا عملاً در سال ۱۴۵۶ میلادی از زمان هنری ششم جهت اطمینان از کیفیت کالاها در انگلستان مرسوم گردید. اگر چه به نظر می رسد بازرسی رسمی کالاها برای اطمینان از کیفیت با روش های بهتر و جدید از حدود سال ۱۸۵۰ آغاز شده است تخصصی شدن کارها در دوران انقلاب صنعتی نمود پیدا کرد؛ در نتیجه کارگر تمام یک محصول را نمی ساخت، بلکه تنها مسؤل ساخت قسمتی از آن بود. این تغییر باعث پایین آمدن کیفیت محصول شد. به دلیل آنکه در آن دوران، کالاها پیچیده نبودند، کیفیت چندان با اهمیت نمی رسید. در حقیقت به علت افزایش بهره وری، قیمت محصولات کاهش یافت که نتیجه آن پایین آمدن انتظارات بود. هر قدر که محصولات پیچیده تر و شغل ها تخصصی تر می شدند. بازرسی محصولات بعد از ساخت آنها ضروری تر به نظر می رسید. در سال ۱۹۲۴ شوهارت از شرکت آزمایشگاههای تلفن بل، یک نمود آماری برای کیفیت متغیرهای محصولات ارائه داد. از این نمودار به عنوان نقطه شروعی برای کنترل کیفیت آماری (SQC) نام برده می شود. سپس در همان دهه داج ورامینگ هردو از همان شرکت، فن نمونه برداری برای پردازش را به جای بازرسی صد درصد ارائه دادند. ارزشکنترل کیفیت آماری در سال ۱۹۴۲ آشکار شد؛ ولی متأسفانه مدیران آمریکایی در شناخت آن راه خطا رفتند. در سال ۱۹۵۰ ادوارد دمنینگ SQC را از شوهارت آموخته بود، چند دوره سمینار در مورد روش های آماری برای مهندسان ژاپنی در مورد مسوولیت کیفیت برای مدیران ارشد اجرایی سازمانهای بزرگ ژاپنی ارائه داد. زوزف زوران در سال ۱۹۵۴ برای اولین بار به ژاپن سفر کرد. وی بر مسوولیت مدیریت برای دستیابی به کیفیت تأکید بسیاری نموده و ژاپنی ها با استفاده از این مفاهیم ، استانداردهایی را برای کیفیت وضع کردند. در سال ۱۹۶۰ اولین دواير کنترل کیفیت به منظور بهبود کیفیت ایجاد شدند. همچنین کارگران ژاپنی فنون ساده آماری را فرا گرفته و آنها را به کار بستند. در اواخر ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰، مدیران آمریکایی به منظور پی بردن به معجزه ژاپنی ها، سفرهایی به ژاپن انجام دادند. در حقیقت اگر آنها کتاب های دمنینگ وزوران را می خواندند، نیازی به انجام این سفرها نمی دیدند؛ به هر حال رنسانس کیفیت در مورد محصولات و خدمات آمریکایی ها در حال اجرا بود. در میانه دهه ۱۹۸۰ مفهوم TQM منتشر شد. در اواخر دهه ۱۹۸۰ صنایع اتومبیل سازی در زمینه کنترل آماری فرآیند، شروع به سرمایه گذاری کردند. آنها از تامین کنندگان و پیمانکاران خود خواستند که از فنون SPC استفاده نمایند. جایزه ملی کیفیت مالکوم بالدريج به عنوان معیاری برای سنجش TQM بنیان گذارده شد. تاگوچی مفاهیمی نو در مورد پارامترها و تلورانس های طراحی مطرح کرد و باعث تجدید حیات طراحی آزمایش ها (DOE) به عنوان ابزاری با ارزش برای بهبود کیفیت شد. و سرانجام 9000 ISO و QS 9000, به عنوان مدل های جهانی برای سیستم کیفیت شناخته شد. در اواسط دهه ۱۹۸۰ پاراسورامان و زت نهایی شروع به مطالعه شاخص های کیفیت خدمات و چگونگی ارزیابی کیفیت خدمات توسط مشتریان کردند، مدل آنها در رابطه با کیفیت خدمات براساس مصاحبه هایی با ۱۲ گروه از مشتریان هدف های مختلف شروع شد. این مدل تلاش می کند. تا فعالیتهای عمده سازمان را که ادراک از کیفیت را تحت تاثیر قرار می دهد نشان دهد. به علاوه این مدل تعاملات بین فعالیتهای را نشان داده و اتصالات بین فعالیتهای سازمان یا بازاریابی را که مربوط به ارائه سطح رضایت بخش از کیفیت خدمات است را معرفی می نماید. این اتصالات به عنوان شکاف ها یا عدم تطابق ها توصیف می شوند. در این مدل پنج شکاف مورد بررسی قرار می گیرد.

۲-۲-۱۰ مفهوم خدمات

علی رغم آن که بسیاری از محققان در خصوص تعریف خدمات کار کرده اند اما ارئه تعریف دقیقی از آن به سادگی امکان پذیر نیست. یک خدمت، فعالیت یا مجموعه ای از فعالیت ها ی کم و بیش ناملموس است که معمولاً و نه لزوماً در تعاملات بین مشتری و کارکنان خدمات و یا منابع فیزیکی و یا کالاها و یا سیستمهای عرضه کننده خدمات صورت می گیرد و به عنوان راه حلی برای مشکلات مشتری ارائه می شود.

خدمات در مقایسه با محصولات دارای تفاوتی است. زیتامیل و همکاران (۱۹۹۰) این تفاوتها را به صورت ذیل مطرح می کنند:

۱- اکثر خدمات ناملموس می باشند. از آن جا که خدمات غالباً در قالب عملکرد یا تجربیات به مشتری ارائه می شود، تعیین مشخصات فنی یا

مهندسی برای آنها به صورتی که در زمینه کالاهای ملموس و با هدف ایجاد یکنواختی در تولید متداول است، امکان پذیر نمی باشد. به

همین دلیل شناسایی دقیق معیارهای که مشتریان برای ارزیابی کیفیت خدمات مورد توجه قرار می دهند کار چندان ساده ای نیست.

۲- خدمات ناهمگون و ناهمسان است. خدمات (به ویژه خدماتی که به مقدار زیاد ی از عملکرد نیروی انسانی بهره می برد) نا همگون

و ناهمسان می باشند. به بیان دیگر عملکرد کارکنان سازمان از یک تولید کننده به تولید کننده دیگر، از یک مشتری به مشتری دیگر و حتی

در یک روز به روز دیگر تفاوت دارد. از همین رو بر خلاف محصولات ملموس، استاندارد سازی عملکرد کارکنان با هدف تضمین یکنواختی

محصول عرضه شده به ندرت امکان پذیر است.

۳- تولید و مصرف خدمات به طور همزمان رخ می دهد. مرحله تولید و مرحله مصرف بیشتر خدمات غیر قابل تفکیک می باشد. استفاده از خدمات

اغلب در زمان عرضه خدمات انجام می شود. در اغلب موسسات خدماتی مشتری در همان محل تولید و عرضه خدمت حضور مستقیم دارد و

فرایند تولید را به دقت مشاهده می کند. خدمات تولید شده را نمی توان پیش از مصرف توسط مشتری در محلی انبار نمود. ارزیابی کیفیت

خدمات در همان زمانی انجام می پذیرد که خدمت مورد نظر مراحل مختلف تولید را طی می کند.

۴- کیفیت خدمات تنها تابع خروجی فرایند نیست. مشتریان کیفیت خدمات را تنها بر اساس خروجی فرایند تولید خدمت مورد بررسی قرار نمی

دهند. تمامی جزئیات فرایند ارائه خدمت به مشتری موثر است. اکثر افراد تصور می کنند که تعداد و اهمیت سازمانهای تولیدی نسبت به

سازمانهای خدماتی بسیار بیشتر است. اما بر خلاف این عقیده، فعالیت های خدماتی نه تنها تعداد بیشتری از فعالیت های اقتصادی را به خود

تخصیص می دهند، بلکه از لحاظ ارزش نیز اهمیت بیشتری دارند. پیتز دراکر معتقد است که "همه سازمان ها، سازمان های خدماتی هستند،

بعضی از این سازمان های خدماتی محصول نیز تولید می کنند" (کاتلر، ۱۳۹۱).

۲-۲-۱۱ کیفیت خدمات

مفهوم کیفیت به عنوان یکی از مهم ترین چارچوب های استراتژی سازمان و معیار فعالیت های آن از دهه ۵۰ در اروپا و ایالات متحده شکل گرفت.

در بخش خدمات، ارزیابی کیفیت آن حین فرآیند ارائه خدمات انجام می گیرد. هر تماس مشتری به عنوان فرصتی برای ایجاد اعتماد راضی کردن مشتری به شمار می رود.

این واژه دارای معانی مختلفی است و از جنبه های مختلف قابل تعریف و بررسی است. ذیلا به چند تعریف از کیفیت از منظر مشتری اشاره می شود:

۱- کیفیت عبارت است از آماده بودن خدمت یا کالا برای استفاده کننده که خود نیازمند کیفیت طراحی، انطباق، در دسترس بودن و مناسب بودن مکان ارائه خدمت است.

۲- کیفیت هیچ معنا و مفهومی به جزء هر آنچه که مشتری واقعا می خواهد، ندارد. به عبارت دیگر یک محصول زمانی با کیفیت است که با خواسته ها و نیازهای مشتری انطباق داشته باشد. کیفیت باید به عنوان انطباق محصول با نیاز مشتری تعریف شود

۳- سازمان استانداردهای بین المللی کیفیت را این گونه تعریف می کند: تمامیت ویژگیها و خصوصیات محصول یا خدمت که توانایی برآورده کردن نیازهای مشتری را دارد.

۴- به بیان سازمان ملی بهره وری سنگاپور کیفیت مجموعه ای از خصوصیات و مشخصات محصول یا خدمت است که احتیاجات و رضایت مصرف کننده را تامین میکند.

۵- کیفیت مفهوم وسیعی است که تمام بخشهای سازمان نسبت به آن متعهد هستند و هدف آن افزایش کارایی کل مجموعه است به طوری که مانع پدید آمدن عوامل محل کیفیت می شود و هدف نهایی آن مطابقت کامل با مشخصات مورد نیاز مشتری با حداقل هزینه برای سازمان است که منجر به افزایش رضایت می شود.

۶- کیفیت ادراک شده عبارت است از قضاوت مشتری درباره برتری یا مزیت کلی یک شی. کیفیت ادراک شده شکلی از نگرش است که با رضایت مرتبط است لیکن با آن یکی نیست و از مقایسه انتظارات با ادراکات از عملکرد، نتیجه می شود.

۷- کیفیت به آن دسته از ویژگی ها و خصوصیات محصول یا خدمت اشاره می نماید که بر قابلیت ایجاد رضایت در مشتری تاثیر گذار هستند.

۲-۲-۱۲ طبقه بندی های تعریفی کیفیت

در تعریف کیفیت طبقه بندی های مختلف می توان ارائه داد، که عبارتند از:

۱- محصول محور: کیفیت در قالب مطلوبیتی که در کالا یا خدمات جای داده شده است، توصیف می گردد.

۲- فرآیند محور: کیفیت به عنوان تطابق با الزامات تعریف می شود.

۳- مشتری محور: سطح تطابق خدمات ارائه شده با انتظارات مشتریان.

۴- ارزش محور: برآوردن نیاز مشتری بر حسب کیفیت، قیمت و در دسترس بودن (هزینه برای تولید کننده و قیمت برای مصرف کننده)

و در کل کیفیت خدمات، درجه اختلاف بین ادراک مشتریان و انتظارات آنها از خدمات است، کیفیت خدمات، موضوعی است در برگیرنده ابعادی چون قابل اعتماد بودن، پاسخگو بودن، اطمینان دادن، همدلی داشتن، و حفظ ظاهر نمودن، میتوان از این ابعاد برای معرفی مفهوم شکاف کیفیت خدمات استفاده نمود. این شکاف براساس تفاوت بین انتظارات مشتری از یک خدمت و برداشتهای و ادراکات از آنچه دریافت می کند، استوار و مبتنی می باشد. رضایت مشتری از یک خدمت را می توان از طریق مقایسه انتظارات او از خدمات و میزان برداشت یا استفاده او از خدمات ارائه شده، تعریف کرد. اگر خدمات ارائه شده فراتر و بیشتر از حد انتظارات مشتری باشد. آن خدمات فرح بخش و فوق العاده قلمداد می شود. وقتی انتظارات مشتری از خدمات یا برداشتهای او از خدمات و استفاده از آنها منطبق باشد کیفیت خدمات ارائه شده رضایت بخش است.

و همچنین برای کیفیت خدمات بهداشتی، تعاریف متعددی وجود دارد؛ که تعاریف زیر از مشهورترین آنها هستند:

نظام ملی بهداشت انگلیس (NHS) کیفیت مراقبت بهداشتی را به صورت زیر تعریف کرده است: کیفیت، تامین خدمات درست به افراد مناسب، در زمان مناسب، با شیوه ای مناسب و عملی، در حد توان متوسط افراد جامعه و با روش انسانی است حداد و همکاران، ۲۰۰۰).

کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوبترین برآیندهای سلامتی است (مارکیوس، ۲۰۰۳). به گونه ای که خدمات ارائه شده اثربخش، کارا و به صرفه باشد (فولی، ۲۰۰۱)

۲-۲-۱۳ مدل های سنجش کیفیت

۲-۲-۱۳-۱ مقیاس سروکوال

سروکوال (SerQual) برگرفته از Service Quality یا کیفیت خدمات است. سروکوال یک مقیاس چند عاملی است که برای سنجش ادراک مشتری از کیفیت یک سازمان خدماتی یا خرده فروشی استفاده می شود. مقیاس سروکوال از مشهورترین روشهای اندازه گیری کیفیت خدمات بوده که توسط پاراسورامان، بری وزیتل به وجود آوردند. شروع کار آنها مربوط به سال ۱۹۸۳ بود که پروژه اندازه گیری کیفیت خدمات، زیر نظر موسسه علوم بازاریابی آمریکا به تصویب رسید. تا آن زمان (۱۹۸۵) آنها توانسته بودند بودند یافته های خود را در سطح صنایع خدماتی همچون: بانکداری، بیمه، کارت های اعتباری، مخابرات راه دور، تعمیر و نگهداری، بروکرهای ایمنی و شرکت های حمل و نقل جاده ای آزمایش کنند. این طیف وسیع از صنایع خدماتی، عمق کار آنها را نشان داده و اعتبار نتایج پیشنهادی آنها را مشخص می کند. آنها به منظور انجام این طیف وسیع تحقیق ها، گروه های مصاحبه ای متعددی را با مشتریان، کارمندان، مدیران و نیروهای خط مقدم صنایع مذکور، انجام دادند که باعث شد مطالعات آنها کاملاً عملی باشد و نتایج به دست آمده نیز اکنون جنبه کاملاً کاربردی دارد.

رشد ادبیات در زمینه کیفیت خدمات به صورتی مستمر توسعه یافته است و بروزآوری مداوم و یادگیری از یافته ها و مشاهدات پشتیبان را فراهم می کند. مطالعات پیرامون سنجش کیفیت خدمات با کار گرونوس آغاز شد. گرونوس در سال ۱۹۸۴ مشاهده کرد که ارتباط دهان به دهان، تاثیر ذاتی بسیاری در مشتریان بالقوه نسبت به فعالیت بازاریابی سنتی دارد و همچنین مشخص شد نیاز به کیفیت خدمات، مبتنی بر مشاهدات مصرف کنندگان است. (چهل مردیان، ۱۳۸۸) بعدها پاراسورامان و همکارانش در سال ۱۹۸۵ کیفیت خدمات را به عنوان شکاف بین مصرف کننده و فروشنده در سطوح مختلف مدلسازی کردند. نگرش عمیق، موشکافانه و تجربی پاراسورامان و همکارانش منجر به طرح مدل مفهومی سروکوال شده است که کیفیت خدمات را

بر مبنای ابعاد پنجگانه شامل، ابعاد وظواهر فیزیکی، قابلیت اطمینان، مسولیت پذیری، ضمانت و همدلی مورد ارزیابی قرار می دهد. این مدل در سال ۱۹۸۸ توسط پاراسورامان و همکارانش برای سنجش کیفیت خدمات توسعه داده شد.

مدل سروکوال در موارد زیر که تحت عنوان شکاف از آنها یاد می شود. قابل استفاده است:

شکاف ۱: تفاوت بین ادراکات مدیریت از آنچه مشتریان انتظار دارند و انتظارات واقعی مشتریان.

شکاف ۲: تفاوت بین ادراکات مدیریت و مشخصات کیفیت خدمات (استانداردهای کیفیت خدمات)

شکاف ۳: تفاوت بین مشخصات کیفیت خدمات و ارائه خدمت واقعی؛ آیا استاندارد ها به طور مداوم رعایت شده اند؟

شکاف ۴: تفاوت بین ارائه خدمت و آنچه که در خارج از سازمان مورد نظر است؛ آیا به تعهدات به صورت مداوم عمل شده است؟

شکاف ۵: تفاوت بین آنچه که مشتریان از یک خدمت انتظار دارند و آنچه را که عملاً دریافت می کنند.

شکاف اصلی در مدل سروکوال شکاف ۵ است و عبارت است از: "عدم رضایت مشتری از خدمت در یافت شده از طریق سازمان". (کشته گر، ۱۳۸۱) مطالعات پیشین در زمینه کیفیت خدمات، انتظارات را به عنوان ابزاری موثر در ارزیابی کیفیت خدمات معرفی می کنند. انتظارات به عنوان امیال و خواسته های مشتریان شناسایی شده است. خدمتی دارای کیفیت است که بتواند نیاز و خواسته های مشتریان را برآورده کند و با سطوح انتظارات مشتریان منطبق باشد، انتظارات مشتری نیز با آنچه خواهان آند و آن چه احساس می کنند ارایه دهنده خدمات باید به آنها عرضه کند، در ارتباط است. بنابراین کیفیت را مشتری تعیین می کند. کیفیت خدمات نسبت به آنچه که مشتری از خدمات دریافتی خود انتظار دارد، ارزیابی می شود.

سروکوال (SerQual) بر اساس ده محور کیفیت سرویس خدمات محاسبه می شود که عبارتند از: اعتبار، پاسخگویی، شایستگی رقابتی، دسترسی، احترام، ارتباطات، اعتبار، امنیت، مشتری محوری و ملموس بودن.

Service Quality aspects: reliability, responsiveness, competence, access, courtesy, communication, credibility, security, understanding the customer and tangibles

پاراسورامان و همکارانش در مطالعات بعدی عوامل ده گانه فوق را به پنج عامل کاهش دادند. این عوامل که اصطلاح RATER سر واژه همین پنج عامل است که عبارتند از:

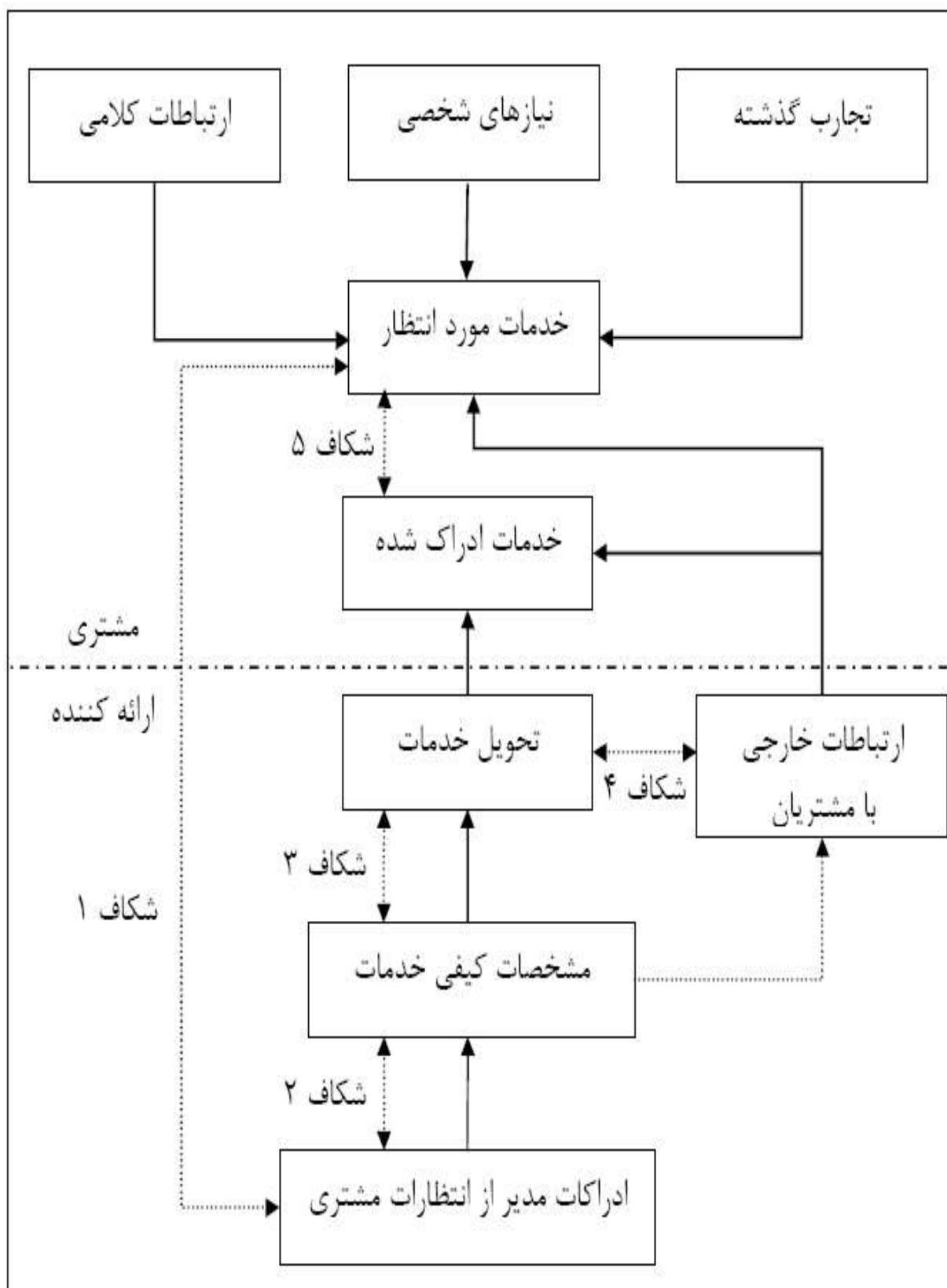
❖ اعتبار Reliability

❖ تضمین Assurance

❖ ملموس بودن Tangibles

❖ همدلی Empathy

❖ پاسخگویی Responsiveness



مدل تحلیل شکاف کیفیت

۲-۲-۱۳-۲ مقیاس سروپرف

مدل سروپرف servperf فقط خدماتی که بوسیله مشتریان استفاده می شود (یعنی عملکرد) را مورد سنجش قرار داده و طبقه بندی می کند. در مدل سروپرف servperf که از مقیاس دوتایی استفاده می شود، از یک مقیاس مجرد استفاده می شود. قضاوت کلی در رابطه با کیفیت به وسیله جمع هریک از آیتیم ها ی مجرد محاسبه می شود. مفهوم بر اساس تصور کیفیت یک جهته (تک مدار) بدست می آید. مزیت این مدل روش آسان آن در اجرا است همچنین اعتبار ارزیابی آن بالاتر است. نقطه ضعف این مدل آن است که انتظارات مشتریان را نادیده می گیرد. در نتیجه اطلاعات در رابطه با اینکه چه نقاطی از کیفیت دارای ضعف است و باید بهبود یابد، از بین می روند. در مدل سروکوال برای هر شاخص دو سوال مطرح می شود: یک سوال وضعیت موجود شاخص را مورد سنجش قرار می دهد و یک سوال وضعیت مطلوب. بنابراین رضایت بر اساس شکاف بین وضعیت موجود و مطلوب تعیین می شود. اما در مدل سروپوف فقط یک تصویر از وضعیت موجود (عملکرد) بررسی می شود.

در ادبیات تحقیق سروکوال از جمله قوی ترین و پرکاربرد ترین مدل ها جهت ارزیابی کیفیت خدمات به شمار می آید و مزایای قابل توجهی را در اندازه گیری کیفیت خدمات ایجاد نموده است. علی رغم کاربردهای فراوان، این مدل با انتقادات متعددی نیز روبرو بوده است. از طرفی این مدل با مسائل مختلفی از جمله نیاز به اندازه گیری انتظارات، ابهام در تفسیر و کاربرد پذیرکردن انتظارات، روایی و پایایی تفاضل امتیازات میان انتظارات مشتریان و درک آن ها از عملکرد، و روابط تجمعی میان ابعاد پنج گانه سروکوال همراه بوده است. انتقاد دیگر به ایستا فرض کردن یا عدم مفروض کردن پویایی انتظارات مشتریان در طول زمان مرتبط می باشد.

برادی و همکاران، مطالعات کرونین و تیلور را تکرار نموده و بسط دادند و بعلاوه اولویت سروپرف را به عنوان روشی مناسب تر برای اندازه گیری کیفیت خدمات مورد تایید قرار دادند. آنها اظهار نمودند در مواردی که بین ادراکات کلی مشتریان از کیفیت خدمات (انتظارات) و عملکرد، به عنوان مقدمه ای برای رضایتمندی مشتری اختلاف و تناقض وجود دارد، سروپرف بهتر از سروکوال عمل می کند. با این وجود هنوز دو مسئله مهم وجود دارد که نیازمند بررسی بیشتری است. اول اینکه، علیرغم پایه نظری و تایید تجربی مکتوب در ادبیات، مقیاس سروپرف نسبت به ارزش پیش گوینه ای که در رابطه با نتایج مانند رضایتمندی و نیت رفتاری دارد، تنها به عنوان یک شاخص خلاصه به کار برده شده است. ارزش استراتژیک استفاده از سروپرف با تمرکز بر ابعاد ویژه کیفیت خدمات، بویژه ارتباط این ابعاد با رضایتمندی و متغیرهای حاصل از آن، می تواند بهتر نشان داده شود.

دومین مسئله به قابلیت اجرای سروپرف در زمینه خدمات بین المللی مربوط می باشد. به دلیل این که برتری سروپرف در ابتدا در زمینه خدمات غربی مورد بررسی قرار گرفت، و به غلت تفاوت های فرهنگی، احتمال دارد که گرایش فرهنگی مشتریان بر قابلیت اجرای این مدل تاثیر بگذارد. بنابراین گر چه مدل سروپرف مبنای مناسبی برای استفاده در اندازه گیری کیفیت خدمات در بازارهای بین المللی است، نیاز است که مورد توجه بیشتری قرار گیرد. روند رو به رشد بین المللی شدن صنایع خدماتی، به چنین دانشی برای بهبود کیفیت خدمات در سطح جهانی نیاز دارد. از لحاظ نظری نیز این موضوع نباید دست کم گرفته شود چرا که مقیاس سروکوال و نسخه های اصلاح شده آن به طور وسیعی برای بررسی کیفیت خدمات در بازارهای بین المللی مورد استفاده قرار گرفته است. از آن جایی که در ادبیات موجود عموماً رضایتمندی به عنوان نتیجه وجود یا عدم وجود تفاوت میان انتظارات از خدمات و ادراکات از خدمات واقعی شناخته شده است، توانایی پیشگوییانه ابعاد مبتنی بر عملکرد سروپرف در مورد رضایتمندی نسبت به جنبه های مبتنی بر شکاف سروکوال بهتر می تواند مورد بررسی قرار گیرد.

۲-۲-۱۳-۳ مقیاس سرایمپرف

مدل سرایمپرف serimperf مخفف service Importance – performance است. مدل سرایمپرف برای قضاوت در رابطه با کیفیت از دو جزء اصلی استفاده می کند :

۱- جزء ارزیابی یا اثر گذار خدمات واقعی شرکت (عملکرد)

۲- جزء اهمیتی (اهمیت)

این دو جزء برای هر کدام از خدمات ارائه شونده سازمان پرسیده می شود و برای بدست آوردن کل قضاوت مشتری نیز استفاده می شود. در این مدل به جای مقیاس دو تایی از دو مقیاس مجرد استفاده می شود که به وسیله آنها اهمیت خدمات ارائه شده و کیفیت خود خدمات ارائه شده سنجیده خواهد شد. مفهوم مدل بر اساس این فرض می باشد که بعضی ویژگی ها از ویژگی های دیگر معنی دار ترند (با اهمیت ترند). به عبارت دیگر هر ویژگی به صورت متفاوتی مرور و درک می شود. مزیت این مدل این است که به سرعت می توان نقاط قوت و ضعف شرکت را در رابطه با رضایتمندی مشتریان شناسایی نمود. یکی از معایب این مدل این است که سنجش میزان اهمیت شاخص ها آسان نیست. همچنین باید عنوان نمود که به منظور استفاده از این مدل چون از دو مقیاس مجرد استفاده خیلی زیادتر است. البته این عیب SERVPERF می شود تعداد سوالات آن نسبت به مدل خود مزیتی دارد و آن این حقیقت است که احتمال کسب اطلاعات زیادتر وجود دارد.

۲-۲-۱۳-۴ مقیاس وب کوال

وب کوال، ابزاری است برای ارزیابی دریافت های کاربر از کیفیت خدمات اطلاعاتی وب گاه ها و بر اساس " گسترش عملکرد کیفیت" بنا نهاده شده است.

QFD : فرآیندی منظم و ساختار یافته است که همواره در تدارک راهی برای تعیین و تصویب نیاز کاربر در هر مرحله از تولید، انجام و توسعه خدمت اطلاعاتی است. ارزیابی کیفیت خدمات اطلاعاتی وب گاه ها از سه رویکرد عمده حاصل شده است که در زیر به آن ها اشاره می شود:

❖ **رویکرد داوری متخصص** : این رویکرد با تعریف و تدوین گروهی از مشخصه ها توسط محققان برای رده بندی سایت ها آغاز می شد که از طبقه بندی های ابعاد مختلف و تاکیده های گوناگون نتیجه می گردد.

❖ **رویکرد داوری کاربر** : با وجودی که رویکردهای ماشین و فرد متخصص ممکن است مشخصه های مهمی از وب گاه ها را تعریف کنند، لیکن آنها دیدگاه کاربر را که به منزله نقطه اوج کسب موفقیت وب گاه است، نادیده می گیرند؛ لذا راهکارهای ارزیابی وب گاه، پرسش از کاربر، یعنی مشاهده کننده وب گاه و مصرف کننده اطلاعات است.

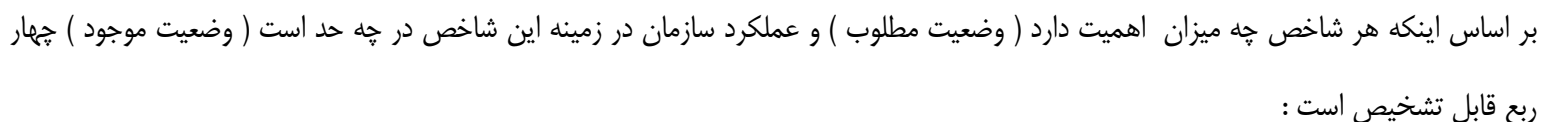
وب گاه ها نوعی از نظام اطلاعاتی محسوب می شوند، لذا کار برد نظریه های مرتبط با نظام های اطلاعاتی در خصوص آنها نیز امکان پذیر است. برای استفاده از خدمات اطلاع رسانی یک وب گاه باید را یانه ای اختیار کرد اختیار کرد که تمرکز سخت افزار و نرم افزار آن بر روی ذخیره سازی اطلاعات، نمایش، پردازش، و انتقال آن باشد؛ بنابراین کاربرد یک وب گاه همان کاربرد نظام های اطلاعاتی است. تئوری عملکرد مستدل، نظریه ای است که به طور گسترده ای در پژوهش های بازاریابی به کار می رود و بیانگر آن است که افراد پیامدهای یک رفتار خاص را ارزیابی و هدف هایی را برای اجرا تعیین می کنند که متناسب با سنجش آنها باشد. به بیان دیگر، این تئوری چنین استدلال می کند که رفتار افراد را می توان از نوع

هدفهایشان پیش بینی کرد. این هدف ها خود نیز از طریق نگرش های افراد درباره معیارهای ذهنی قابل پیش بینی است. پیرو این پیش بینی ها، می توان نگرش های افراد را از طریق باورهای آنها درباره پیامدهای رفتار، حدس زد. معیارهای ذهنی فرد نیز با دانستن چگونگی طرز فکر اشخاص بزرگ در خصوص انجام یا عدم انجام یک رفتار، قابل پیش بینی است. تئوری عملکرد مستدلهم چنین برای پیش بینی رفتارهای مختلفی نظیر رژیم غذایی، اهدای خون و مانند آن، به کار می رود، لذا این تئوری برای پیش بینی رفتارها در هنگام مشاهده یک وب گاه نیز بسیار مناسب است. "دیویس" (۱۹۸۹) این تئوری را برای گروهی از رفتار ها با عنوان "کاربرد فناوری رایانه ای" به کار برد و پس از آن مدل "پذیرش فناوری" را که یکی از مهمترین استنادها در پژوهش های نظام های اطلاعات مدیریت است، به وجود آورد.

به منظور تعیین ابعاد مناسب ارزیابی کیفیت خدمات اطلاع رسانی وب گاه ها و ایجاد روایی محتوا، تلاش های چند جانبه ای صورت پذیرفته که به تدوین شش مولفه برای روایی مقیاس ارزیابی وب گاه ها منجر شده است. به طور کلی، پس از مطالعات به عمل آمده چهار بعد زیر برای ارزیابی کیفیت خدمات اطلاع رسانی وب گاه ها تدوین شده است: سودمندی، سهولت استفاده، جذابیت، روابط دوستانه.

۲-۲-۱۴ تحلیل شکاف اهمیت - عملکرد

تجزیه و تحلیل اهمیت - عملکرد (IPA) برگرفته از Impornace – performance Analysis یکی از روش های تحلیل شکاف است. این تکنیک نخستین بار توسط جان مارتیلا و جان جیمز به سال ۱۹۷۷ ارائه شد. این تکنیک به لحاظ روش گردآوری داده ها بسیار به تکنیک سروکوال نزدیک است. تحلیل اهمیت - عملکرد، ابزار موثری برای ارزیابی موقعیت رقابتی سازمان، شناسایی فرصت های پیشرفت و نیز طراحی استراتژی های بازاریابی و ارائه خدمت هدفمند است. برای نخستین بار، ماریتا و جیمز تحلیل اهمیت - عملکرد را برای شناسایی و اولویت بندی ویژگی های محصول یا خدمت که سازمان می تواند برای حداکثر کردن رضایت مشتریان برآن تمرکز کند، ارائه کردند. از طریق تشکیل ماتریس دو بعدی که محور عمودی آن ادراک مشتریان از عملکرد (کیفیت) هر ویژگی و محور افقی آن اهمیت آن ویژگی در تصمیم گیری مشتریان را نشان می دهد، می توان پیشنهادهای موثری را برای مدیران ارائه کرد. این ماتریس دو بعدی را ماتریس اهمیت - عملکرد می نامند. از آنجا که تحلیل جداگانه داده های بعد عملکرد و بعد اهمیت، بویژه زمانی که هر مجموعه داده ها، همزمان مورد مطالعه قرار می گیرند ممکن است معنادار نباشد، لذا داده های مربوط به سطح اهمیت و عملکرد شاخص ها روی شبکه ای دو بعدی که در آن محور Y نشانگر بعد اهمیت و محور X نشانگر بعد عملکرد است نشان داده می شوند. این شبکه دو بعدی ماتریس اهمیت / عملکرد یا ماتریس IP نامیده می شود. نقش ماتریس IP که در واقع از چهار قسمت یا ربع تشکیل شده و در هر ربع استراتژی خاصی قرار دارد، کمک به فرآیند تصمیم گیری است. از این ماتریس برای شناخت درجه اولویت شاخص ها برای بهبود استفاده می شود.



- شکاف اصلی در مدل تجزیه و تحلیل اهمیت – عملکرد ربع دوم و ربع چهارم است. اگر بیشتر شاخص ها در ربع دوم قرار گرفته باشد یعنی سازمان روی شاخص هایی سرمایه گذاری کرده است که ارزش چندانی ندارند و عملکرد در زمینه شاخص های بی اهمیت بالا است. اگر بیشتر شاخص ها در ربع چهارم قرار گرفته باشد یعنی سازمان در زمینه شاخص هایی که اهمیت بالایی دارند عملکرد ضعیفی دارد. استراتژی سازمان باید در صدد آن باشد اولاً عناصر را از ربع چهارم به اول منتقل کند و تمامی عناصر ربع دوم و سوم را حذف نماید.

28

۲-۳ مروری بر مطالعات انجام یافته

۲-۳-۱ مطالعات انجام شده در ایران

مطالعه ای که در زنجان کیفیت خدمات بهداشتی اولیه را اندازه گیری کرده بود نشان داد که در هر ۵ بعد کیفیت شکاف وجود دارد و این شکاف منفی(انتظارات فراتر از ادراکات) منفی بود. کمترین نمره میانگین شکاف کیفیت مربوط به بعد ملموسات و بیشترین در بعد اعتبار بود(محمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

در بررسی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهر خرم آباد با استفاده از مدل سروکوال نتایج نشان داد که در تمامی ابعاد پنج گانه کیفیت خدمات ارائه شده(شامل ابعاد ملموس یا فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین، همدلی) شکاف منفی کیفیت وجود داشت. بیشترین میانگین شکاف کیفیت در بعد همدلی و کمترین میانگین شکاف مربوط به بعد قابلیت اطمینان بود. بین سن مراجعین و نمره شکاف کیفیت همبستگی معکوسی وجود داشت. رابطه آماری معنی داری بین شکاف کیفیت با جنس و تحصیلات مراجعین مشاهده نشد. انتظارات مراجعین در تمام ابعاد کیفیت ارائه خدمات بالاتر از ادراکات آنها بود و نیاز است کیفیت ارائه خدمات در این مراکز در تمام ابعاد به ویژه بعد همدلی بهبود یابد(طراحی، حموزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

در بررسی تاثیر شادکامی بر طول عمر این نتیجه بدست آمد که شادکامی در میان افراد سالم طول عمر را بیشتر می کند اما در افراد بیمار اینطور نیست، شادکامی بیماری را درمان نمیکند فرد را از ابتلا به بیماری محافظت می کند. تاثیر شادکامی بر طول عمر افراد سالم به طور قابل توجهی قوی است و اندازه تاثیر آن مانند سیگاری بودن یا نبودن است از طرف دیگر شواهد بسیاری دلالت بر اثر منفی افسردگی و اضطراب بر سلامتی دارد(ون هون، ۲۰۰۸).

بررسی ۱۵ ساله خوشبینی در مردان ۶۴-۸۴ ساله نشان داد که خطر مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی با خوشبینی رابطه عکس دارد(گایالتی، ۲۰۰۶). همچنین بهبودی بیمارانی که جراحی قلبی انجام داده بودند با خوشبینی رابطه مثبت داشت(تیندل، ۲۰۰۹).

بررسی میزان شادکامی مردم ایران در سال ۱۳۹۰ توسط علی منتظری و همکاران انجام شد و نتایج آن نشان داد که مردم شهرهای مختلف شادکامی متفاوت دارند بطوری که مردم زنجان با بالاترین میانگین ۶۲ و مردم یزد با کمترین میانگین شادکامی ۱۲/۳ گزارش شدند و البته مردم استانهای گلستان، بوشهر، هرمزگان و کردستان میزان شادکامی بالاتری از میانگین شادکامی را داشتند(منتظری، ۲۰۱۲).

در مطالعه شادکامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج) در سال ۱۳۹۲ نمره ۱۲۵/۸۶ بدست آمد و میزان شادکامی در آن بالا بود(صفاری، ۱۳۹۲). در بررسی میزان شادکامی دانشجویان پرستاری ابهر در سال ۱۳۸۷ نمره ۴۳/۰۸ بدست آمده بود و میزان شادکامی قابل قبول بود(شجاعی، ۱۳۹۰). در بررسی میزان شادکامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۲ نمره ۴۴/۱ می باشد و میزان شادکامی قابل قبول بود(براتی، ۱۳۹۲). در بررسی میزان شادکامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۹۳ نمره ۴۱/۳۲ می باشد و میزان شادکامی قابل قبول است(توان، ۱۳۹۳).

در بررسی کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای تامین اجتماعی شهر تهران در سال ۸۹ که بوسیله محمد نیا انجام گرفت، در زمینه وضعیت موجود کیفیت خدمات بعد قابلیت اعتماد بیشترین میزان و بعد پاسخگویی کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند(محمد نیا، ۱۳۸۹). در بررسی کیفیت ارائه خدمات پرستاری با استفاده از مدل سروکوال که بوسیله استکی انجام گرفت، در زمینه وضعیت موجود کیفیت خدمات بعد ملموسات بالاترین میزان و

بعد پاسخگویی کمترین میزان گزارش کرده اند و در زمینه وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات بعد ملموسات بالاترین میزان بعد و بعد پاسخگویی کمترین میزان بعد گزارش کرده اند؛ در زمینه شکاف کیفیت خدمات بعد ملموسات را بالاترین میزان و بعد همدلی را کمترین میزان گزارش کرده اند (استکی، ۱۳۸۹). در بررسی به کار گیری مدل شکاف کیفیت خدمات با استفاده از مدل سروکوال که بوسیله گرجی انجام گرفت، در زمینه وضعیت موجود کیفیت خدمات بعد تضمین بالاترین میزان و بعد دسترسی را کمترین میزان گزارش کرده اند و در زمینه وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات بعد تضمین را بالاترین میزان و بعد دسترسی را کمترین میزان گزارش کرده اند؛ در زمینه شکاف کیفیت خدمات بعد دسترسی را بالاترین میزان و بعد تضمین را کمترین میزان شکاف گزارش کرده اند (گرجی، ۱۳۹۰). در بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای آموزشی شیراز را با استفاده از مدل سروکوال که بوسیله خاکی انجام گرفت، در زمینه وضعیت موجود کیفیت خدمات بعد اعتماد و اطمینان بالاترین میزان و بعد همدلی را کمترین میزان گزارش کرده اند و در زمینه وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات بعد اعتماد و اطمینان را بالاترین میزان و بعد ملموسات را کمترین میزان گزارش کرده اند؛ در زمینه شکاف کیفیت خدمات بعد همدلی را بالاترین میزان و بعد ملموسات را کمترین میزان گزارش کرده اند(خاکی، ۱۳۹۳). در بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان که بوسیله بهادری انجام گرفت، در زمینه وضعیت موجود کیفیت خدمات بعد تضمین بالاترین میزان و بعد همدلی کمترین میزان گزارش کرده اند و در زمینه وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات بعد تضمین را بالاترین میزان و بعد همدلی را کمترین میزان گزارش کرده اند؛ در زمینه شکاف کیفیت خدمات بعد همدردی را بالاترین میزان و بعد پاسخگویی را کمترین میزان شکاف گزارش کرده اند (بهادری، ۱۳۹۲). در بررسی تحلیل شکاف کیفیت خدمات سرپایی با استفاده از مدل سروکوال در درمانگاه شهید مطهری شیراز که بوسیله باستانی انجام گرفت، در زمینه وضعیت موجود کیفیت خدمات بعد همدلی بالاترین میزان و بعد قابلیت اطمینان کمترین میزان گزارش کرده اند و در زمینه وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات بعد تضمین را بالاترین میزان و بعد پاسخگویی گزارش کرده اند؛ در زمینه شکاف کیفیت خدمات بعد پاسخگویی را بالاترین میزان و بعد ملموسات را کمترین میزان شکاف گزارش کرده اند (باستانی، ۱۳۹۳). در بررسی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل سروکوال در یک بیمارستان صحرایی که بوسیله عجم انجام گرفت، در زمینه وضعیت موجود کیفیت خدمات بعد پاسخگویی بیشترین میزان و بعد ملموسات و بعد تضمین کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند و در زمینه وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات بعد پاسخگویی بیشترین میزان و بعد ملموسات کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند؛ در زمینه شکاف کیفیت خدمات بعد تضمین بیشترین میزان و بعد پاسخگویی کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند (عجم، ۱۳۹۰).

مطالعه ای که در زنجان کیفیت خدمات بهداشتی اولیه را اندازه گیری کرده بود نشان داد که در هر ۵ بعد کیفیت شکاف وجود دارد و این شکاف منفی(انتظارات فراتر از ادراکات) منفی بود. کمترین نمره میانگین شکاف کیفیت مربوط به بعد ملموسات و بیشترین در بعد اعتبار بود که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد(محمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

در بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و شادکامی بر عملکرد شغلی پرستاران بیمارستان ولی عصر بیرجند که بوسیله محمد کشتیابان انجام شد نتایج نشان داد که بین شادکامی و عملکرد شغلی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (کشتیابان، ۱۳۹۴). در بررسی رابطه بین تعهد سازمانی با کیفیت زندگی کاری و شادکامی پرستاران بیمارستان نمازی شیراز که بوسیله کمال زاده انجام شد نتایج نشان داد که بین شادکامی و تعهد سازمانی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (کمال زاده، ۱۳۹۱).

در بررسی وضعیت شادکامی و ارتباط آن با برخی متغیرهای جمعیت شناختی در دانشجویان پیراپزشکی مازندران که در سال ۱۳۹۰ بوسیله حسن صیامیان و همکارانش انجام گرفت نتایج نشان داد که در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ رابطه معنی داری بین شادکامی و جنسیت وجود ندارد.

همچنین بین گزاره های عامل بهزیستی فاعلی برحسب مقطع تحصیلی و رشته تحصیلی معنی دار بود. در سایر متغیر های دموگرافیک نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل اختلاف معنی داری وجود نداشت (صیامیان، ۱۳۹۰).

در بررسی وضعیت شادکامی و ارتباط آن با برخی از عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۸۹ نتایج نشان داد که شادکامی با جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت و مقطع تحصیلی ارتباط معنی داری ندارد. و این با نتایج بدست آمده از این تحقیق همخوان است (شیخ مونس فاطمه، ۱۳۸۹).

کشاورز در پژوهش خود به ارتباط مثبت بین سن، جنس و تحصیلات با شادکامی اشاره می کند. نتایج پژوهش حاضر با یافته های کشاورز ناهمسو است. به گونه ای که بین این متغیرها با شادکامی رابطه معنی داری وجود ندارد. شاید یکی از دلایل ناهمسو بودن نتایج این پژوهش شرایط خاص نمونه مورد مطالعه در هر دو پژوهش باشد (کشاورز، ۱۳۸۶).

۲-۳-۲ مطالعات انجام شده در جهان

در مطالعه رابینز و همکاران که در سال ۲۰۱۰ بر روی ۱۳۱ نفر از دانشجویان پرستاری انجام گرفته است و میانگین خام نمره ی شادکامی معادل ۹۸/۲۱ بود و میزان شادکامی قابل قبول بود (رابینز، ۲۰۱۰).

در مطالعه میک و هازول در مورد ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی که بر روی نمونه ای از زنان مراجعه کننده به یک بیمارستان شهرستان در اسکاتلند انجام شد، در ۵ بعد خدمت، اختلاف کیفیت وجود داشت. به طوری که بیشترین اختلاف در بعد تضمین مشاهده شد (میک و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه مارتین جانسون که به بررسی کیفیت خدمت با استفاده از مدل تحلیل اهمیت- عملکرد در بیمارستانها پرداخت نتیجه مطالعه نشان داد که کیفیت منفی و سطح عملکرد پایین تر از حد انتظار بود (جانسون و همکاران، ۲۰۰۱).

در مطالعه ای که در پاکستان انجام شد با استفاده از پرسشنامه سروکوال به بررسی ۵ بعد کیفیت و مقایسه آنها در بیمارستان خصوصی و دولتی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که کیفیت خدمت در بیمارستان خصوصی بهتر از دولتی است (عرفان و همکاران، ۲۰۱۱).

در مطالعه ای که در مصر انجام شد نیز با این موضوع هماهنگی داشت که کیفیت خدمات در بیمارستان خصوصی بهتر بود (مصطفی محمود، ۲۰۰۵). اما مطالعه ای دیگر توسط شایبر و همکاران در پاکستان انجام شد که گزارش داد بیمارستانهای دولتی در اسلام آباد بهتر از خصوصی ارائه خدمت می کنند که این نتایج با دو مطالعه قبلی متفاوت میباشد (شایبر و همکاران، ۲۰۱۰).

کاهان نیز در تحقیقی با عنوان کیفیت خدمات در بیمارستانهای خصوصی ترکیه به این نتیجه رسیده است که در این کشور به دلیل اینکه ادراک افراد از کیفیت خدمات در بیمارستانهای خصوصی به انتظارات آنها نزدیکتر است لذا ترجیح می دهند که به جای بیمارستانهای عمومی، خدمات مورد نیاز خود را از بیمارستانهای خصوصی دریافت کنند (کاهان، ۲۰۰۷).

یسیلادا و دیرکتوز نیز در پژوهشی با عنوان کیفیت خدمات مراقبتهای سلامت مقایسه بیمارستانهای عمومی و خصوصی در قبرس با استفاده از رویکرد سروکوال نشان داده اند که شکاف کیفیت خدمات در سه بعد مطالعه (قابلیت اطمینان، همدلی و محسوس بودن) در بیمارستانهای عمومی گسترده تر از بیمارستانهای خصوصی است (یسیلادا و همکاران، ۲۰۱۰).

دینر و همکارانش در یک بررسی در یافتند که سلامت روانی با نشاط همبستگی مثبت دارد (صفری شالی، ۱۳۸۷).

پژوهش فیلد ارتباط مثبت و معناداری بین شادکامی و تعهد عاطفی نشان داد (فیلد، ۲۰۱۱). همچنین مارتین جانسون به بررسی کیفیت خدمت با استفاده از مدل تحلیل اهمیت- عملکرد در بیمارستانها پرداخت و نتیجه مطالعه نشان داد که کیفیت منفی و سطح عملکرد پایین تر از حد انتظار بود (جانسون و همکاران، ۲۰۰۱). در مطالعه عوامل موثر بر شاخص شادی پرستاران در کره که بوسیله نام انجام شد نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین شادکامی و شغل پرستاری وجود دارد و ارتباط منفی و معناداری بین شادکامی و ترک شغل وجود دارد (نام، ۲۰۱۳). همچنین در بررسی رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری در تایوان که بوسیله تزنگ انجام شد نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد (تزنگ، ۲۰۰۲). در بررسی رابطه بین ادراک بیماران از کیفیت مراقبت و سه عامل: پرستاری رضایت شغلی کارکنان، ویژگی های سازمانی و سن بیمار در فنلاند که بوسیله تاریا انجام شد نتایج نشان داد که که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد (تاریا، ۲۰۱۴). در بررسی رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و ادراکات بیماران از کیفیت مراقبت پرستاری در بیمارستانهای مراقبت های در تایوان که بوسیله چانگ انجام شد نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد (چانگ، ۲۰۰۹). در مطالعه ایمنی بیمار، رضایت و کیفیت مراقبت بیمارستان در یک بررسی مقطعی از پرستاران و بیماران در ۱۲ کشور در اروپا و ایالات متحده که ۳۳۶۵۹ پرستار و ۱۱۳۱۸ بیمار در اروپا و تعداد ۲۷۵۰۹ پرستار و ۱۲۰۰۰۰ بیمار در ایالات متحده آمریکا شرکت داشتند که بوسیله آیکن و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت شغلی پرستاران و کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد (آیکن، ۲۰۱۲).

فصل سوم :

روش پژوهش

Research Method

۳-۱ مقدمه

در این فصل به روش های مورد استفاده در این پژوهش از نظر نوع و جامعه پژوهش، روش نمونه گیری و حجم نمونه، روش و ابزار گردآوری داده ها، روش تجزیه و تحلیل داده ها، مکان و زمان مطالعه، محدودیت های پژوهش، ملاحظات اخلاقی و تعریف واژه ها پرداخته شده است.

۳-۲ نوع پژوهش

پژوهش حاضر، مطالعه ای توصیفی- تحلیلی و از نوع کاربردی است که به صورت مقطعی در بیمارستان های شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

۳-۳ جامعه پژوهش

با توجه به دو بخش بودن این مطالعه: در بخش اول، جامعه مورد مطالعه شامل کلیه پرستاران بیمارستانهای آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ است. در این بخش اطلاعات مربوط به میزان شادکامی (بر اساس پرسشنامه شادکامی) به شکل سرشماری از تمامی پرستاران شاغل در این مراکز (به تعداد ۲۹۳ نفر) بدست آمده است.

در بخش دوم مطالعه، اطلاعات میزان ارائه کیفیت خدمات پرستاری (بر اساس پرسشنامه ارائه کیفیت خدمات سروکوال) باتوجه به حجم نمونه، از بیماران بستری شده در بخشهایی که پرستاران مشغول بکار بوده اند جمع آوری گردیده است.

معیار ورود به مطالعه برای بیماران عبارت بود از:

- حداقل ۲۴ ساعت در یکی از بخشها بستری باشند.
- به لحاظ جسمی و روانی توانایی پاسخ به سوالات را داشته باشند.
- حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشته باشند.
- تمایل به شرکت در مطالعه را داشته باشند.

معیار خروج از مطالعه برای بیماران عبارت بود از:

- بیماران غیر بومی که در هر یک از بخشها بستری باشند.
- بیمارانی که مصرف کننده مواد مخدر یا مشروبات الکلی می باشند.
- به لحاظ مسائل اخلاقی دارای مشکل باشند.

۳-۴ روش نمونه گیری و حجم نمونه

برای تعیین حجم نمونه برای بخش دوم مطالعه، باتوجه به فرمول کمی حجم نمونه، با تعیین سطح اطمینان ۹۵٪، خطای نوع اول برابر با ۰/۰۵ و مقدار d (خطای قابل قبول) برابر ۰/۱ و $\sigma = ۰/۸$ (انحراف از معیار) (محبی فر و همکاران ۱۳۹۴) با احتساب ریزش ۲۰ درصدی به میزان ۳۰۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sigma^2}{d^2}$$

$$300 \cong \frac{1/96^2 \times 0/8^2}{0/1^2}$$

انتخاب بیماران باتوجه به اینکه بیمارستان ها از نظر پذیرش بیمار نسبت بهم متفاوت می باشند (واریانس بین گروهی متفاوت) از روش نمونه گیری طبقه ای متناسب استفاده شده است. از هر بیمارستان متناسب به حجم کلی حجم نمونه به شکل تصادفی ساده انتخاب گردید، به این صورت با مراجعه به هر بیمارستان و تعیین لیست بیماران بستری واجد شرایط در مطالعه، بیماران از درون هر طبقه (بیمارستان) به صورت نمونه گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند.

۳-۵ روش گردآوری داده ها

این پژوهش در دو بخش انجام شد: در **بخش اول** برای جمع آوری داده های مربوط به شادکامی پرستاران از پرسشنامه استاندارد شادکامی آکسفورد (OHI) استفاده گردید. و در **بخش دوم** برای جمع آوری داده های مورد نیاز کیفیت خدمات پرستاری از پرسشنامه استاندارد سروکوال استفاده گردید.

در این پژوهش انتخاب پرستاران به صورت سرشماری بود به نحوی که از بیمارستان آموزشی - درمانی امام خمینی (ره) ۱۴۷ پرستار و از بیمارستان آموزشی - درمانی شهید مصطفی خمینی (ره) ۱۲۰ پرستار و از بیمارستان آموزشی - درمانی آیت الله طالقانی ۲۶ پرستار که در کل ۲۹۳ پرستار به پرسشنامه شادکامی آکسفورد پاسخ دادند. جهت سنجش کیفیت خدمات پرستاری با توجه به تعداد بیماران بستری شده در ماه اردیبهشت و با استفاده از روش ساده تناسب تعداد نمونه بیماران به صورت تصادفی انتخاب گردید. به نحوی که از تعداد بیماران بستری شده در بیمارستان آموزشی - درمانی امام خمینی (ره) که حدود ۱۹۸۰ بیمار بود تعداد نمونه ۱۷۲ نفر انتخاب شد. از تعداد بیماران بستری شده در بیمارستان آموزشی - درمانی شهید مصطفی خمینی (ره) که حدود ۱۲۶۰ بیمار بود تعداد نمونه ۱۱۰ نفر انتخاب شد. از تعداد بیماران بستری شده در بیمارستان آموزشی - درمانی آیت الله طالقانی که حدود ۱۷۷ بیمار بود تعداد نمونه ۱۸ نفر انتخاب شد، که در مجموع تعداد نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب گردید.

در زمینه جمع آوری صحیح پرسشنامه ها بعد از هماهنگی های لازم با حراست بیمارستانها و سرپرستاران هر بخش و پس از ورود به هر اتاقی که بیماران در آنجا بستری بودند بعد از معرفی و بیان هدف از انجام تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات در مورد سوالات پرسشنامه ها توضیحات کافی و مناسب داده می شد و در هر زمینه که مشکل وجود داشت پاسخی که بتواند بیماران را توجیه نماید ارائه می شد. سپس پرسشنامه ها براساس وجود تمایل در بیماران و داشتن معیارهای ورود به مطالعه توزیع می گشت و به دلیل عدم دخالت پرسشگر تا اتمام تکمیل پرسشنامه ها منتظر می ماندیم. در مورد پرسشگری از پرستاران نیز به همین طریق عمل شد.

۳-۶ ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه استاندارد شادکامی آکسفورد (OHI) در بخش اول مورد استفاده قرار گرفت. شادکامی حالتی است که سه ویژگی دارد: فراوانی و درجه عاطفه مثبت، میانگین سطوح رضایتمندی در طول یک دوره، و فقدان احساسات منفی همانند افسردگی. با توجه به این تعریف تاکنون ابزارهای بسیاری برای سنجش افسردگی ساخته شده است که بدون تردید معروف ترین آنها پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) است که معادل انگلیسی آن Oxford Happiness Inventory است.

آرجیل و همکاران برای اندازه گیری شادکامی پرسشنامه ۲۹ گویه ای ساخته اند و با تحلیل عاملی نتایج آن ۷ عامل زیر را بدست داده است: شناخت مثبت، تعهد اجتماعی، خلق مثبت، احساس کنترل زندگی، سلامت جسمی، رضایت از خوشتن و هوشیاری روانی (کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشاشریفی و

همکاران، ۱۳۸۵). این پرسشنامه شامل ۲۹ گویه می باشد که هر کدام دارای ۵ عبارت است که آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب کند. امتیاز هر گویه بین ۱ تا ۵ می باشد؛ و حداقل امتیاز کلی ۲۹ و حداکثر آن ۱۴۵ می باشد. (کار، ۲۰۰۴).

نمره گذاری پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI)

همانگونه که اشاره شد پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) دارای ۲۹ گویه است که هر گویه شامل ۵ عبارت است که گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ و گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ می گیرد. در نهایت فرد نمره‌ای بین ۲۹ تا ۱۴۵ به دست می آورد.

روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. آرگایل و همکاران (۱۹۸۹) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار دادند و ضریب آلفای ۹۰ درصد را بدست آوردند (بیانی، ۲۰۰۸). همچنین علیپور و نوربالا (۱۳۸۷) نیز ضریب پایایی آنرا با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی و مقدار ۹۳ درصد بدست آوردند (علیپور و همکاران، ۱۳۸۷). هادی نژاد و زارعی (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی با هدف هنجاریابی پرسشنامه شادکامی آکسفورد، ضریب پایایی آنرا برای دانش آموزان شهرهای استان زنجان با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۸۷ درصد گزارش کردند (هادی نژاد و همکاران، ۱۳۸۸). در این تحقیق ضریب پایایی آن با استفاده از روش تایید شده آماری آلفای کرونباخ بررسی و مقدار ۹۷ درصد برای آن بدست آمد. به منظور بررسی روایی پرسشنامه، نظر ۱۰ نفر از اساتید و خبرگان این رشته جمع‌آوری گردید و در نهایت با توجه به تایید نظر ایشان پرسشنامه مذکور توزیع گردید.

در بخش دوم برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز کیفیت خدمات پرستاری از پرسشنامه استاندارد سروکوال استفاده گردید. این پرسشنامه ابزاری روا و پایا بوده و در تحقیقی که بوسیله محمدنیا، توفیقی، ریاحی و عمرانی (۱۳۸۸) جهت بررسی میزان کیفیت خدمات پرستاری با استفاده از مدل سروکوال در بیمارستانهای تامین اجتماعی تهران انجام شد مورد تایید قرار گرفته است. در این تحقیق ضریب پایایی آن با استفاده از روش تایید شده آماری آلفای کرونباخ بررسی و مقدار ۹۶ درصد برای آن بدست آمد. جهت تعیین روایی محتوایی پرسشنامه‌ها با توجه به اینکه این پرسشنامه محقق ساخته و بر اساس پرسشنامه استاندارد سروکوال طراحی شده بود که همراه با تغییراتی در پرسشنامه کیفیت خدمات بود و حاوی ۲۲ سؤال می باشد که ۵ بعد مختلف کیفیت خدمات پرستاری را مورد سنجش قرار می دهد.

۱-۴ : بعد ملموسات ؛ ۵-۹: بعد قابلیت اعتماد ؛ ۱۰-۱۳: بعد پاسخگویی ؛ ۱۴-۱۷: بعد تضمین و امنیت ؛ ۱۸-۲۲: بعد همدردی

در این پرسشنامه برای بدست آوردن نظرات پاسخ دهندگان از مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت (خیلی کم نمره ۱ و خیلی زیاد نمره ۵) استفاده شده است. در هر مرحله از تغییرات به تایید استاد راهنما و استاد مشاور و صاحب نظران می رسید. پرسشنامه‌ها با مراجعه پژوهشگر به مراکز آموزشی و درمانی (بیمارستانها) مورد مطالعه با هماهنگی قبلی و بعد از کسب اجازه و توضیح اهداف و شرایط ورود به مطالعه، توسط بیماران بستری مراکز مذکور تکمیل و توسط محقق جمع‌آوری گردید.

۳-۷ روش تحلیل داده ها

ابتدا برای توصیف جامعه شناختی گروه نمونه از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. در بخش دوم برای بررسی فرضیات تحقیق از آزمونهای ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تحلیل واریانس (آنوا)، آزمون تی، آزمون رگرسیون خطی و آزمون آلفای کرونباخ جهت پایایی پرسشنامه‌ها استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

۳-۸ مکان و زمان مطالعه

این پژوهش در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام در دی ماه و بهمن ماه سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

مشخصات بیمارستانهای مورد مطالعه عبارتند از:

بیمارستان آموزشی – درمانی امام خمینی (ره): ۱۷۶ تخت فعال و ۱۴۷ پرستار و به طور تقریبی حدود ۱۹۸۰ بیمار بستری شده در ماه دارد.

بیمارستان آموزشی – درمانی شهید مصطفی خمینی (ره): ۱۱۲ تخت فعال و ۱۲۰ پرستار و حدود ۱۲۶۰ بیمار بستری طی ماه دارد.

بیمارستان آموزشی – درمانی آیت الله طالقانی: ۸۰ تخت فعال و ۲۶ پرستار و ۱۷۷ بیمار بستری در ماه دارد.

بیمارستان امام خمینی (ره) شهر ایلام: این بیمارستان با تعداد ۲۰۰ تخت مصوب تأسیس، و در حال حاضر ۱۷۶ تخت دایر دارد. تخصصهای

موجود در این بیمارستان عبارتند از: جراحی، کودکان، اورژانس، نوزادان، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، ارولوژی، تالاسمی، ICU و در قالب بخش های جراحی زنان، جراحی مردان، اتاق عمل، نوزادان ICU، اطفال، NICU و اورژانس فعالیت می نماید.

بیمارستان آیت الله طالقانی: بیمارستانی دانشگاهی – درمانی است که در سال ۱۳۵۹ با ظرفیت ۱۰۰ تخت ثابت، تأسیس، و در حال حاضر ۸۰ تخت

دایر دارد. تخصصهای موجود در این بیمارستان عبارتند از: گوش و حلق و بینی، روانپزشکی، اورژانس، نوزادان، چشم پزشکی، CCU

بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره): بیمارستانی دانشگاهی – آموزشی است که در سال ۱۳۵۹ با ظرفیت ۲۰۰ تخت ثابت، تأسیس، و در حال

حاضر ۱۱۲ تخت دایر دارد. تخصصهای موجود در این بیمارستان عبارتند از: داخلی، زنان و زایمان، اورژانس، سوختگی، عفونی، ICU

۳-۹ محدودیتهای پژوهش

محافظه کاری و سخت گیری بیمارستانها در مرحله پرسشگری و پاسخگویی به سوالات پرسشنامه ها.

عدم همکاری پرستاران و بیماران و همچنین عدم همکاری بیمارستانهای خصوصی در ارائه آمار و اطلاعات.

جدید بودن موضوع پژوهش که باعث نیافتن تحقیقات مشابه در زمینه موضوع مورد نظر در مطالعات داخلی و حتی خارجی جهت مقایسه یافته ها.

جهت برطرف شدن این محدودیتهای اقدام به ارائه اطلاعات کافی قبل از انجام مطالعه و ایجاد رابطه و جوی دوستانه با آنها جهت همکاری و اطمینان به آنها در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات انجام شد. همین امر باعث تسریع در تکمیل پرسشنامه ها گردید.

۳-۱۰ ملاحظات اخلاقی

جهت شروع جمع آوری داده های مربوط به پژوهش یکسری نکات اخلاقی در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت و پژوهشگر ملزم به رعایت آن ها بود، که به قرار زیر می باشند:

کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه به شماره ۴۴/۲۹۵۴۵/د به تاریخ ۹۴/۷/۱۲.

دریافت معرفی نامه کتبی از معاونت پژوهشی و حراست دانشگاه جهت ارایه به بیمارستان و بخشهای آن.

کسب رضایت آگاهانه و تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای نمونه های پژوهش.

عدم ذکر نام و نام خانوادگی افراد مورد پژوهش در ابزار گردآوری داده ها.

تضمین محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده از نمونه های پژوهش.

رعایت بی طرفی و پرهیز از گرایش های خاص توسط محقق در جمع آوری و انعکاس یافته های پژوهشی.

۳-۱۱ تعریف واژه ها

۳-۱۱-۱ تعاریف مفهومی

شادکامی: سازه ای مستقل است که از سه جزء احساس خوشی رضایت از زندگی و نبود هیجان منفی مانند افسردگی و اضطراب تشکیل شده است (آرجیل، ۱۹۹۹).

کیفیت: تطابق پذیری محصول با ویژگی های مد نظر مشتری و یا میزانی که محصول می تواند انتظارات قبلی مشتری را برآورده سازد، تعریف می کنند (جانسون و نیلسون، ۲۰۰۳).

عوامل محسوس (لموسات): تجهیزات مدرن، امکانات فیزیکی قابل توجه، کارکنان با ظاهر تمیز و آراسته و مدارک مرتبط و منظم (سید جوادین، ۱۳۸۹).

اعتبار: منظور جایگاه ارزشی است که کارکنان ارائه دهنده خدمت از آن برخوردار می باشند (آلان، ۲۰۰۳).

پاسخگویی: علاقمندی در کمک به مشتری و ارائه خدمات فوری (پاراسورامان، ۱۹۸۵).

اطمینان خاطر: رفتار کارکنان به مشتریان اطمینان خاطر می دهد و اینکه مشتریان احساس ایمنی می کنند و همچنین به این معنی است که کارکنان مودب هستند و دارای دانش لازم برای پاسخگویی به سوالهای مشتریان هستند (آلگان، ۲۰۰۲).

همدلی: توجه شخصی و اختصاصی زمان کاری مناسب برای تمام مشتریان یعنی اینکه با توجه به روحیات افراد، با هر کدام از آنها برخورد ویژه ای شود، به طوری که مشتریان قانع شوند که سازمان آنها را درک کرده است و آنها برای سازمان مهم هستند (مارتینز، ۲۰۱۰).

۳-۱۱-۲ تعاریف عملیاتی

بعد فیزیکی و ملموس: منظور وضعیت ظاهری پرستاران، موقعیت محل ارائه خدمت، پاکیزگی پرستاران و چگونگی اطلاع رسانی خدمات به بیماران مانند استفاده از ابزارهایی چون بروشور، وب سایت، تلفن گویا، زنگ اخبار، زنگ خطر می باشد (نمره سوالات ۱-۴).

اعتبار: شاخصهایی چون دادن وعده های مشخص به بیماران جهت ارائه تسهیلات درخواستی و عمل به وعده های داده شده است (نمره سوالات ۵-۹).

پاسخگویی: در این تحقیق، شاخصهایی چون داشتن آمادگی لازم پرستاران برای پاسخگویی سریع و دقیق به درخواست ها و سئوالات بیماران و ... است (نمره سوالات ۱۰-۱۳).

اطمینان: در این تحقیق شاخصهایی چون ایفای دقیق وظیفه و برخورد توأم با ادب و احترام با بیماران، جلب اعتماد بیماران، حفظ سوابق و رازداری اطلاعات مندرج در پرونده بیماران و داشتن توجه لازم و کافی به بیماران است (نمره سوالات ۱۴-۱۷).

همدلی: شاخصهایی چون توجه ویژه به نیازهای تک تک بیماران و دادن قوت قلب در صورت برآورده نشدن درخواستهای آنان و اینکه در آینده

راهکاری جهت حل مشکلات آنان ایجاد خواهد شد می باشد(نمره سوالات ۱۸ - ۲۲).

شادکامی: نمره ای که آزمودنی در پرسشنامه شادکامی آکسفورد(OHI) به دست می آورد.

فصل چهارم :

یافته ها

Finding

۴-۱ مقدمه

در این پژوهش تعداد ۲۹۳ پرستار به صورت سرشماری از سه بیمارستان و تعداد ۳۰۰ بیمار به صورت تصادفی جهت پرسشگری انتخاب شدند.

بخش اول آمار توصیفی جمعیت شناختی که خود نیز شامل دو بخش است:

جدول شماره ۴-۱: خصوصیات دموگرافیک پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام شرکت کننده در پژوهش

خصوصیات دموگرافیک	متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۲۱	۴۱/۲۹
	زن	۱۷۲	۵۸/۷
سن	۲۰-۳۰	۱۳۳	۴۵/۳۹
	۳۰-۴۰	۱۰۷	۳۶/۵۱
	۴۰-۵۰	۵۲	۱۷/۷۴
	بیشتر از ۵۰	۱	۰/۳۴
تاهل	مجرد	۱۲۱	۴۱/۲۹
	متاهل	۱۷۰	۵۸/۰۲
	همسر مرده	۲	۰/۰۰۶۸
سابقه خدمت	کمتر از ۱۰ سال	۲۱۷	۷۴/۰۶
	۱۰-۲۰ سال	۴۵	۱۵/۳۵
	۲۰-۳۰ سال	۳۱	۱۰/۵۸
تحصیلات	لیسانس	۲۸۱	۹۵/۹
	فوق لیسانس	۱۲	۴/۰۹
وضعیت استخدامی	طرحی	۸۱	۲۷/۶۴
	قراردادی	۱۷	۵/۸
	پیمانی	۴۷	۱۵
	رسمی آزمایشی	۳۷	۱۳
	رسمی قطعی	۱۱۱	۳۸
نوبت کاری	صبح	۱۹	۶/۴۸
	شب	۱	۰/۳۴
	در گردش	۲۷۳	۹۳/۱۷
جمع	کل	۲۹۳	۱۰۰

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
جنس	۲۹۳	۲	۰/۵
سن	۲۹۳	۲	۱
تاهل	۲۹۳	۲	۰/۵
سابقه	۲۹۳	۱	۱
تحصیلات	۲۹۳	۲	۰/۲
استخدام	۲۹۳	۳	۲
نوبت کار	۲۹۳	۴	۱

در توزیع فراوانی پرستاران ۱۲۱ نفر که ۴۱/۲۹٪ پرستاران شرکت کننده بودند مردان را شامل می شود. ۱۷۲ نفر آنها یعنی ۵۸/۷٪ زنان بودند. در توزیع پرستاران برحسب سن تعداد ۱۳۳ نفر یعنی ۴۵/۳۹٪ آنها سن ۲۰ - ۳۰ سال داشتند. ۱۰۷ نفر که ۳۶/۵۱٪ بودند سنی بین ۳۰ - ۴۰ سال داشتند و ۵۲ نفر ۱۷/۷۴٪ بودند ۴۰ - ۵۰ سال سن داشتند. ۱ نفر نیز که ۳۴٪ بودند سن بالاتر از ۵۰ سال داشتند. در توزیع فراوانی پرستاران بر حسب تاهل تعداد ۱۲۱ نفر که ۴۱/۲۹٪ بودند مجرد می باشند ۱۷۰ نفر از آنها که ۵۸/۰۲٪ پرستاران را شامل می شدند متاهل و ۲ نفر از پرستاران که ۰/۰۶۸٪ همسرانشان فوت کرده بودند. در توزیع فراوانی پرستاران بر حسب سابقه خدمتی آنها ۲۱۷ نفر یعنی ۷۴/۰۶٪ کمتر از ۱۰ سال سابقه کار داشتند. ۴۵ نفر که ۱۵/۳۵٪ بین ۱۰ - ۲۰ سال سابقه کار داشتند ۳۱ نفر از آنها که ۱۰/۵۸٪ بودند دارای سابقه بین ۲۰ - ۳۰ سال بودند. در توزیع فراوانی پرستاران شاغل شرکت کننده در این پژوهش ۲۸۱ نفر که ۹۵/۹٪ دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۱۲ نفر دیگر که ۴/۰۹٪ نمونه آماری را شامل بودند دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در توزیع فراوانی پرستاران بر حسب وضعیت استخدامی ۸۱ نفر از پرستاران که ۲۷/۶۴٪ مشمولین طرح پزشکان و پیراپزشکان یعنی نیروهای طرحی بودند. ۱۷ نفر از آنها که ۵/۸٪ نمونه آماری را تشکیل می دادند پرستاران قراردادی بودند. ۴۷ نفر که ۱۶/۰۴٪ از پرستاران شاغل را شامل می شدند استخدام آنها به صورت پیمانی بود. ۳۷ نفر از پرستاران یعنی ۱۲/۶۲٪ افراد با وضعیت استخدامی رسمی آزمایشی بودند. ۱۱۱ نفر دیگر که اکثریت نمونه آماری را تشکیل می دادند ۳۷/۸۸٪ بودند پرستاران با وضعیت استخدامی قطعی رسمی بودند. در توزیع فراوانی بر حسب نوبت کاری ۱۹ نفر یعنی ۶/۴۸٪ از پرستاران صبح کار بودند ۱ نفر از پرستاران یعنی ۳۴٪ به طور ثابت شب کار بود. ۲۷۳ نفر یعنی ۹۳/۱۷٪ شیفت در گردش به فعالیت می پرداختند.

جدول شماره ۴-۲ : خصوصیات دموگرافیک بیماران بستری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام شرکت کننده در پژوهش

خصوصیات دموگرافیک	متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۲۳	۴۱
	زن	۱۷۷	۵۹
سن	زیر ۲۰ سال	۱۶	۵/۳۳
	۲۰-۳۹ سال	۲۰۷	۶۹
	۴۰-۵۹ سال	۶۷	۲۲/۳۳
	بالتر از ۶۰ سال	۱۰	۳/۳۳
تحصیلات	دیپلم وزیر دیپلم	۱۶۸	۵۶
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۲۲	۴۱
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۰	۳
وضعیت مراجعه	اولین بار	۱۸۷	۶۲/۳
	دومین و بیشتر	۱۱۳	۳۷/۷
محل سکونت	شهر	۲۳۱	۷۷
	روستا	۶۹	۲۳
جمع	کل	۳۰۰	۱۰۰

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
جنس	۳۰۰	۱/۶	۰/۵
سن	۳۰۰	۲/۲۳	۰/۶
تحصیلات	۳۰۰	۲/۵	۰/۶
محل سکونت	۳۰۰	۱/۲۳	۰/۴
وضعیت مراجعه	۳۰۰	۱/۴	۰/۵

در این تحقیق ۳۰۰ بیمار مورد پژوهشگری قرار گرفتند که تعداد ۱۲۳ نفر ۴۱٪ مرد و ۱۷۷ نفر ۵۹٪ زن بودند در توزیع بیماران برحسب سن تعداد ۱۶ نفر یعنی ۵/۳٪ زیر ۲۰ سال سن داشتند ۲۰۷ نفر که ۶۹٪ سنی بین ۲۰-۳۹ سال داشتند ۶۷ نفر که ۲۲/۳٪ بودند ۴۰-۵۹ سال سن داشتند. ۱۰ نفر نیز که ۳/۳٪ بودند سن بالاتر از ۶۰ سال داشتند. در رابطه با توزیع فراوانی تحصیلات بیماران بستری در بیمارستانهای شهر ایلام تعداد ۱۶۸ نفر که ۵۶٪ می باشند دیپلم و زیر دیپلم بودند. ۱۲۲ نفر از بیماران شرکت کننده در پژوهش که ۴۱٪ بودند دارای تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس می باشند ۱۰ نفر که ۳٪ شرکت کنندگان بیمار بستری بودند دارای سواد فوق لیسانس و بالاتر بودند. در بررسی توزیع فراوانی بر حسب وضعیت مراجعه بیماران بستری شرکت کننده در تحقیق نتایج جدول نشان داد که ۱۸۷ نفر یعنی ۶۲/۳٪ برای اولین بار در بیمارستان بستری شده بودند. و ۱۱۳ نفر دیگر که ۳۷/۳٪ بیماران بستری شده را شامل می شدند دومین بار یا بیشتر بود که جهت درمان بستری می شدند. در توزیع فراوانی بیماران بستری شده در بیمارستانهای ایلام به عنوان شرکت کننده در تحقیق ۲۳۱ نفر که ۷۷٪ نمونه آماری را شامل می شد ساکنین شهرهای استان ایلام بودند و ۶۹ نفر یعنی ۲۳٪ ساکنین روستاها بودند.

بررسی پیش فرض آزمون‌های پارامتریک

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای سنجش پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها

برای تشخیص نرمال بودن یا نبودن داده‌ها در نرم‌افزار SPSS از دو آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S) و شاپیرو-ویلک استفاده می‌شود که اولی برای نمونه‌های کوچک و دومی برای نمونه‌های بزرگ قابل کاربری اند. برای آزمون نرمال بودن یا نبودن داده‌ها در این پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول زیر قابل مشاهده است.

جدول شماره ۴ - ۳ : سنجش نرمال بودن داده‌ها

متغیر	آماره آزمون	سطح معناداری
کیفیت خدمات	۱/۳۴۲	۰/۰۵۴
شادکامی	۰/۸۸۸	۰/۴۰۹

همانطور که در جدول ۴-۳ ملاحظه می‌شود، با توجه به اینکه سطح معناداری (sig) بزرگتر از ۰/۰۵ است، داده‌های مورد بررسی نرمال می‌باشند. بنابراین پیش فرض نرمال بودن جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک برقرار می‌باشد.

هدف اول

جدول شماره ۴ - ۴ : میزان شادکامی در پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام

شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
شادکامی	۹۸/۲۵	۲۳/۴۷	۳۲	۱۵۰

نتایج جدول شماره ۴ - ۴ نشان داد که میانگین شادکامی در پرستاران بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام برابر با ۹۸/۲۵ با انحراف استاندارد ۲۳/۴۷ می‌باشد. حداقل نمره در این آزمون برابر با ۳۲ و حداکثر برابر با ۱۵۰ است.

هدف دوم

جدول شماره ۴ - ۵ : میزان وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام

وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری	کل	ملموسات	اعتماد	پاسخگویی	امنیت	همدردی
میانگین	۷۶/۹۹	۱۴/۲۴	۱۷/۳۸	۱۴/۱۳	۱۴/۲۷	۱۶/۹۵
انحراف معیار	۲۰/۳۶	۳/۷۷	۴/۸۵	۴/۲۱	۴/۳۷	۵/۹۸
حداقل	۲۲	۴	۵	۴	۴	۵
حد اکثر	۱۱۰	۲۰	۲۵	۲۰	۲۰	۲۵

نتایج جدول شماره ۴ - ۵ نشان داد که بعد اعتماد مشاهده شده با میانگین ۱۷/۳۸ بالاترین میزان و بعد پاسخگویی موجود با میانگین ۱۴/۱۳ کمترین میزان را دارد.

هدف سوم

جدول شماره ۴ - ۶: میزان وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام

وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری	کل	ملموسات	اعتماد	پاسخگویی	امنیت	همدردی
میانگین	۱۰۳/۰۶۶۷	۱۸/۰۰۶۷	۲۳/۴۷۳۳	۱۸/۸۳	۱۸/۹۰۳۳	۲۳/۲۵۶۷
انحراف معیار	۱۱/۶۲۴۳۷	۲/۳۷۵۷۶	۲/۵۲۰۰۱	۱/۹۵۸۰۳	۱/۹۰۹۴۹	۲/۷۳۴۱۷
حداقل	۲۲	۴	۵	۴	۴	۵
حد اکثر	۱۱۰	۲۰	۲۵	۲۰	۲۰	۲۵

نتایج جدول شماره ۴ - ۶ نشان داد که بعد اعتماد مورد انتظار با ۲۳/۴۷۳۳ بالاترین میزان و بعد ملموسات مورد انتظار با ۱۸/۰۰۶۷ کمترین میزان را دارد.

هدف چهارم

جدول شماره ۴ - ۷: میزان شکاف بین وضعیت موجود و مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام

شکاف بین وضعیت موجود و مورد انتظار کیفیت خدمات	کل	ملموسات	اعتماد	پاسخگویی	امنیت	همدردی
میانگین	-۲۵/۴۱۶۷	-۳/۷۶۶۷	-۶/۰۹۰۰	-۴/۶۹۳۳	-۴/۶۲۶۷	-۶/۳۰۰۰
انحراف استاندارد	۲۰/۱۵۹۹۷	۳/۹۴۷۷۰	۴/۸۵۳۹۱	۴/۳۰۰۵۰	۴/۴۱۸۰۳	۶/۱۲۲۷۷
حداقل	-۴۸	-۱۱	-۱۶	-۹	-۱۰	-۲۲
حداکثر	۸۴	۱۶	۲۰	۱۶	۱۶	۲۰

جدول شماره ۴ - ۷ نشان داد که بالاترین میانگین نمرات مربوط به شکاف بین همدردی موجود و مورد انتظار با ۶/۳ - می باشد و کمترین میانگین با ۳/۷۱ - مربوط به شکاف ملموسات موجود و مورد انتظار می باشد.

هدف پنجم

جدول شماره ۴ - ۸: ارتباط بین شادکامی و وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام

وضع موجود کیفیت خدمات پرستاری	کل	ملموسات	اعتماد	پاسخگویی	امنیت	همدردی
ضریب همبستگی پیرسون	۰/۲۴۰	۰/۲۲۴	۰/۱۸۶	۰/۱۸۵	۰/۱۷۱	۰/۱۹۹
سطح معنی داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ - ۸ نشان داد که :

بین شادکامی با وضع موجود کیفیت خدمات پرستاری کل رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r = 0/240$, $p = 0/000$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس ملموسات موجود رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r = 0/224$, $p = 0/000$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس پاسخگویی موجود رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r = 0/186$, $p = 0/001$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس امنیت موجود رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r = 0/185$, $p = 0/001$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس همدردی موجود رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r = 0/199$, $p = 0/001$, $\alpha = 0/05$).

همچنین نتایج جدول شماره ۴ - ۸ نشان داد که: ضرایب همبستگی محاسبه شده در سطح معناداری کمتر از $0/05$ معنا دار می باشد و بین شادکامی و ابعاد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، امنیت و همدردی در وضعیت موجود کیفیت خدمات رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. به طوری که می توان گفت با بهتر شدن شادکامی پرستاران می توان انتظار داشت که ابعاد پنجگانه وضعیت موجود کیفیت خدمات بهبود یابند.

هدف ششم

جدول شماره ۴ - ۹: ارتباط بین شادکامی و وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام

وضع مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری	کل	ملموسات	اعتماد	پاسخگویی	امنیت	همدردی
ضریب همبستگی پیرسون	۰/۱۴۵	۰/۰۲۹	۰/۰۶۲	۰/۰۶۵	۰/۰۴۵	۰/۱۰۳
سطح معنی داری	۰/۰۱۳	۰/۰۶۲	۰/۰۲۹	۰/۰۲۶۹	۰/۰۴۴۷	۰/۰۷۷

نتایج جدول ۴ - ۹ نشان می دهد که :

بین شادکامی با وضع مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری کل رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ($r = 0/145$, $p = 0/013$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس ملموسات مورد انتظار رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0/029$, $p = 0/062$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس اعتماد مورد انتظار رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0/062$, $p = 0/029$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس پاسخگویی مورد انتظار رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0/065$, $p = 0/0269$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس امنیت مورد انتظار رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0/045$, $p = 0/077$, $\alpha = 0/05$). بین شادکامی و خرده مقیاس همدردی مورد انتظار رابطه معنی داری وجود ندارد ($r = 0/103$, $p = 0/077$, $\alpha = 0/05$).

همچنین نتایج جدول شماره ۴ - ۹ نشان داد که : ضرایب همبستگی محاسبه شده در سطح معناداری کمتر از $0/05$ معنا دار نمی باشد و بین شادکامی و ابعاد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، امنیت و همدردی در وضعیت مورد انتظار رابطه معنی داری وجود ندارد.

هدف هفتم

جدول شماره ۴ - ۱۰: ارتباط بین شادکامی و شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام

شکاف کیفیت خدمات پرستاری	شادکامی	کل	ملموسات	اعتماد	پاسخگویی	امنیت	همدردی
ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۱۸۷	-۰/۱۵۴	-۰/۱۵۲	-۰/۲۰۵	-۰/۱۴۹	-۰/۱۴۷	
سطح معنی داری	۰/۰۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۸	۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	

نتایج جدول ۴ - ۱۰ نشان داد که :

بین شادکامی با وضع شکاف کیفیت خدمات پرستاری کل رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ($r = -0/187, p = 0/010, \alpha = 0/05$). بین شادکامی و شکاف خرده مقیاس ملموسات موجود رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ($r = -0/154, p = 0/001, \alpha = 0/05$). بین شادکامی و شکاف خرده مقیاس اعتماد موجود رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ($r = -0/152, p = 0/009, \alpha = 0/05$). بین شادکامی و شکاف خرده مقیاس امنیت موجود رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ($r = -0/205, p = 0/008, \alpha = 0/05$). بین شادکامی و شکاف خرده مقیاس همدردی موجود رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ($r = -0/149, p = 0/001, \alpha = 0/05$). بین شادکامی و شکاف خرده مقیاس همدردی موجود رابطه منفی و معنی داری وجود دارد ($r = -0/147, p = 0/012, \alpha = 0/05$).

همچنین نتایج جدول شماره ۴-۱۰ نشان داد که : ضرایب همبستگی محاسبه شده در سطح معناداری کمتر از $0/05$ معنا دار می باشد و بین شادکامی و ابعاد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، امنیت و همدردی در مورد شکاف کیفیت رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. به طوری که می توان گفت با بهتر شدن شادکامی پرستاران می توان انتظار داشت که شکاف بین ابعاد پنجگانه وضعیت موجود و مورد انتظار کاهش یابد.

هدف هشتم

جدول شماره ۴ - ۱۱: آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه شادکامی در پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی و درمانی شهر ایلام

جدول ۴-۱۱ - ۱ : مقایسه میزان شادکامی در پرستاران مرد و زن شاغل در بیمارستان های آموزشی و درمانی ایلام

جنس	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون لونز برای برابری واریانس ها	t	درجه آزادی	سطح معنی داری	میانگین تفاوت ها	انحراف استاندارد خطای تفاوت ها
مرد	۱۲۱	۹۷/۳۱۴۰	۲۳/۲۹۱۲۸	F			سطح معنی داری		
زن	۱۷۲	۹۸/۹۱۲۸	۲۳/۵۳۳۶۹	۰/۵۷	۰/۸۱۲	-۵۷۵	۲۹۱	۰/۵۶۶	۲/۷۸

میانگین نمرات زنان در مقیاس شادکامی برابر با ۹۱/۹۸ با انحراف استاندارد ۵۳/۲۳ و میانگین نمرات مردان برابر با ۳۱/۹۷ با انحراف استاندارد ۲۹/۲۳ می باشد. نتایج آزمون نشان داد بین میزان شادکامی در پرستاران زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=575$, $df=291$, $P=0.566$) بزرگتر از $\alpha=0.05$ است.

جدول شماره ۴-۱۱-۲: مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب سن

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری
بین گروهی	۵۳۵/۱۵۸	۳	۱۷۸/۳۸۶	۰/۳۲۳	۰/۸۰۹
درون گروهی	۱۵۹۴۵۰/۱۵۲	۲۸۹	۵۵۱/۷۳۱		
کل	۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	۲۹۲			

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین شادکامی پرستاران با توجه به سن آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F=0.323$ و $P=0.8$) و بزرگتر از $\alpha=0.05$ است.

جدول شماره ۴-۱۱-۳: مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب تحصیلات

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری
بین گروهی	۱۰/۴۵۵	۱	۱۰/۴۵۵	۰/۱۹	۰/۸۹۰
درون گروهی	۱۵۹۹۷۴/۸۵۵	۲۹۱	۵۴۹/۷۴۲		
کل	۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	۲۹۲			

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین شادکامی پرستاران با توجه به تحصیلات آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد ($f=0.19$ و $P=0.890$) و بزرگتر از $\alpha=0.05$ است.

جدول شماره ۴-۱۱-۴: مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب سابقه خدمت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری
بین گروهی	۲۳۱۴/۶۳۱	۲	۱۱۵۷/۳۱۵	۲/۱۲۹	۰/۱۲۱
درون گروهی	۱۵۷۶۷۰/۶۸۰	۲۹۰	۵۴۳/۶۹۲		
کل	۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	۲۹۲			

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین شادکامی پرستاران با توجه به سابقه خدمت آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F=2.129$ و $P=0.121$) و بزرگتر از $\alpha=0.05$ است.

جدول شماره ۴ - ۱۱-۵: مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب نوع استخدام

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری
بین گروهی	۲۴۸۲/۸۱۵	۴	۶۲۰/۷۰۴	۱/۱۳۵	۰/۳۴۰
درون گروهی	۱۵۷۵۰۲/۴۹۶	۲۸۸	۵۴۶/۸۸۴		
کل	۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	۲۹۲			

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین شادکامی پرستاران با توجه به نوع استخدام آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F=1/135$ و $P=0/340$ و بزرگتر از $\alpha=0/05$) است.

جدول شماره ۴ - ۱۱-۶: مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب نوبت کاری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری
بین گروهی	۳۰۰۲/۸۹۶	۲	۱۵۰۱/۴۴۸	۲/۷۷۴	۰/۰۶۴
درون گروهی	۱۵۶۹۸۲/۴۱۴	۲۹۰	۵۴۱/۳۱۹		
کل	۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	۲۹۲			

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان می دهد که بین شادکامی پرستاران با توجه به نوبت کار آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F=2/774$ و $P=0/064$ و بزرگتر از $\alpha=0/05$) است.

جدول شماره ۴ - ۱۱-۷: مقایسه میانگین نمرات شادکامی در پرستاران گروه نمونه بر حسب تاهل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری
بین گروهی	۲۷۰۹/۲۶۹	۲	۱۳۵۴/۶۳۴	۲/۴۹۸	۰/۰۴۴
درون گروهی	۱۵۷۲۷۶/۰۴۲	۲۹۰	۵۴۲/۳۳۱		
کل	۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	۲۹۲			

نام متغیر	تعداد	درصد	سطح معنی داری
مجرد	۱۲۱	۹۷/۵۸۵۰	۰/۹۹۱
متاهل	۱۷۰	۹۹	۰/۹۹۱
همسر مرده	۲	۶۳	۱

بین میزان شادکامی پرستاران همسر مرده و سایر پرستاران که مجرد یا متاهل می باشند تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=2/498$ و $P=0/044$ و بزرگتر از $\alpha=0/05$) است.

کوچکتر از $\alpha=0/05$) است. به نحوی که میزان شادکامی همسر مرده ۶۳ و شادکامی پرستاران مجرد ۹۷/۴۹ و پرستاران متاهل ۹۹/۲ می باشد.

آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به وضعیت موجود کیفیت خدمات

سطح معنی داری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۲	۴/۰۱۸	۲۰۹۳/۰۴۲	۵	۱۰۴۶۵/۲۰۸	ضریب رگرسیون
		۵۲۰/۹۷۶	۲۸۷	۱۴۹۵۲۰/۱۰۳	مقدار باقی مانده
			۲۹۲	۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	کل

متغیر ها	مقادیر برآورد پارامترها		برآورد پارامتر های مدل رگرسیون استاندارد شده	آماره آزمون t	سطح معنی داری
	ضرایب رگرسیونی	خطای انحراف معیار			
مقدار ثابت	۷۷/۹۷۴	۵/۶۴۷		۱۳/۸۰۷	۰/۰۰۰
ملموس موجود	۰/۶۱۱	۰/۴۹۰	-۰/۰۹۸	۱/۲۴۶	۰/۲۱۴
اعتماد موجود	-۰/۳۱۹	۰/۵۱۱	-۰/۰۶۶	-۰/۶۲۵	۰/۵۳۲
پاسخگویی موجود	۱/۴۹۲	۰/۶۶۹	۰/۲۶۹	۲/۲۳۰	۰/۰۲۷
امنیت موجود	-۰/۵۸۹	۰/۶۱۶	-۰/۱۱۰	-۰/۹۵۶	۰/۳۴۰
همدردی موجود	۰/۲۷۰	۰/۴۵۰	۰/۰۶۹	۰/۵۹۹	۰/۵۴۹

49

آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به وضعیت مطلوب یا مورد انتظار

جدول شماره ۴-۱۳: جدول آنوا

سطح معنی داری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۴۶۵	۰/۹۲۶	۵۰۸/۶۱۷	۵	۲۵۴۳/۰۸۵	ضریب رگرسیون
		۵۴۹/۴۵۳	۲۸۶	۱۵۷۱۴۳/۵۵۵	مقدار باقی مانده
			۲۹۱	۱۵۹۶۸۶/۶۴۰	کل

جدول شماره جدول ۴-۱۳: وضع مورد انتظار کیفیت خدمات پیش بینی کننده شادکامی

سطح معنی داری	آماره آزمون t	برآورد پارامترهای مدل رگرسیون استاندارد شده	مقادیر برآورد پارامترها		متغیرها
		ضرایب همبستگی جزیی	خطای انحراف معیار	ضرایب رگرسیونی	
۰/۰۰۰	۵/۸۱۴		۱۴/۶۵۰	۸۵/۱۷۱	مقدار ثابت
۰/۵۸۴	-۰/۵۴۸	-۰/۰۴۳	۰/۷۷۸	-۰/۴۲۷	ملموس انتظار
۰/۹۵۷	-۰/۰۵۴	-۰/۰۰۶	۱/۰۲۱	-۰/۰۵۵	اعتماد انتظار
۰/۶۹۰	۰/۴۰۰	-۰/۰۴۳	۱/۲۷۲	-۰/۵۰۹	پاسخگویی انتظار
۰/۳۵۸	-۰/۹۲۱	-۰/۱۰۷	۱/۴۱۲	-۱/۳۰۰	امنیت انتظار
۰/۰۶۴	۱/۸۶۳	-۰/۱۸۸	۰/۸۵۷	۱/۵۹۷	همدردی انتظار

نتایج آزمون رگرسیون نشان می دهد که سهم عوامل ملموس انتظار (۰/۰۴۳ و $r^2 = ۰/۵۸۴$ ، $p = ۰/۵۸۴$)، اعتماد انتظار (۰/۰۰۶ و $r^2 = ۰/۹۵۷$ ، $p = ۰/۹۵۷$)،

پاسخگویی انتظار (۰/۰۴۳ و $r^2 = ۰/۶۹۰$ ، $p = ۰/۶۹۰$)، امنیت انتظار (۰/۱۰۷ و $r^2 = ۰/۳۵۸$ ، $p = ۰/۳۵۸$)، همدردی انتظار (۰/۱۸۸ و $r^2 = ۰/۰۶۴$ ، $p = ۰/۰۶۴$)، در پیش بینی

شادکامی می باشد این نتایج نشان می دهد که وضع مورد انتظار نمی تواند پیش بینی کننده شادکامی در پرستاران باشد.

آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار

جدول شماره ۴ - ۱۴ : جدول آنوا

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری	
۷۳۰۳/۲۸۴	۵	۱۴۶۰/۶۵۷	۲/۷۴۱	۰/۰۱۹	ضریب رگرسیون
۱۵۲۳۸۳/۳۵۶	۲۸۶	۵۳۲/۸۰۹			مقدار باقی مانده
۱۵۹۶۸۶/۶۴۰	۲۹۱				کل

جدول شماره ۴ - ۱۴ : شکاف کیفیت خدمات می تواند پیش بینی کننده شادکامی

متغیرها	مقادیر برآورد پارامترها		برآورد پارامترهای مدل رگرسیون استاندارد شده	آماره آزمون t	سطح معنی داری
	ضرایب رگرسیونی	خطای انحراف معیار			
مقدار ثابت	۱۰۳/۶۸۹	۲/۲۲۵		۴۶/۵۹۷	۰/۰۰۰
شکاف ملموس	-۰/۵۰۱	۰/۴۳۸	-۰/۰۸۵	-۱/۱۴۴	۰/۲۵۴
شکاف اعتماد	۰/۱۶۱	۰/۴۶۹	۰/۰۳۴	۰/۳۴۳	۰/۷۳۱
شکاف پاسخگویی	-۱/۲۲۹	۰/۶۰۷	-۰/۲۲۶	-۲/۰۲۳	۰/۰۴۴
شکاف امنیت	۰/۱۳۷	۰/۵۶۹	۰/۰۲۶	۰/۲۴۰	۰/۸۱۰
شکاف همدردی	۰/۱۱۱	۰/۴۰۳	۰/۰۲۹	۰/۲۷۵	۰/۷۸۴

نتایج آزمون رگرسیون نشان می دهد که سهم عوامل ملموس شکاف ($r^2 = -0/085$ و $p = 0/254$)، اعتماد شکاف ($r^2 = 0/034$ و $p = 0/731$)،

پاسخگویی شکاف ($r^2 = -0/226$ و $p = 0/044$)، امنیت شکاف ($r^2 = 0/026$ و $p = 0/810$)، همدردی شکاف ($r^2 = 0/029$ و $p = 0/784$)، در پیش بینی

شادکامی می باشد این نتایج نشان می دهد که با توجه به ضریب رگرسیونی عامل شکاف در پاسخگویی ($1/229$) می تواند پیش بینی کننده شادکامی در

پرستاران باشد.

آزمون رگرسیون برای پیش بینی میزان شادکامی پرستاران با توجه به متغیرهای دموگرافیک

جدول شماره ۴-۱۵ : جدول آنوا

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری	
۵۱۹۳/۲۲۷	۸	۶۴۹/۱۵۳	۱/۱۹۱	۰/۳۰۴	ضریب رگرسیون
۱۵۴۷۹۲/۰۸۳	۲۸۴	۵۴۵/۰۴۳			مقدار باقی مانده
۱۵۹۹۸۵/۳۱۱	۲۹۲				کل

جدول شماره ۴-۱۵ : خصوصیات دموگرافیک می تواند پیش بینی کننده شادکامی

متغیرها	مقادیر برآورد پارامترها		برآورد پارامترهای مدل رگرسیون استاندارد شده	آماره آزمون t	سطح معنی داری
	ضرایب رگرسیونی	خطای انحراف معیار			
مقدار ثابت	۱۱۴/۳۵۹	۱۸/۰۱۰		۶/۳۵۰	۰/۰۰۰
جنس	-۰/۱۷۰	۲/۹۱۴	-۰/۰۰۴	-۰/۰۵۸	۰/۹۵۳
سن	۴/۱۱۶	۳/۴۷۹	۰/۱۳۳	۱/۱۸۳	۰/۲۳۸
تاهل	-۰/۱۵۹	۳/۱۹۰	-۰/۰۰۴	-۰/۰۵۰	۰/۹۶۰
سابقه	-۶/۵۸۶	۳/۱۸۵	-۰/۱۸۸	-۲/۰۶۸	۰/۰۴۰
تحصیلات	۱/۲۲۰	۷/۱۶۱	۰/۰۱۰	۰/۱۷۰	۰/۸۶۵
نوع استخدام	-۰/۴۳۱	۱/۳۱۷	-۰/۰۳۰	-۰/۳۲۷	۰/۷۴۴
نوبت کاری	-۳/۴۶۹	۱/۹۰۰	-۰/۱۱۶	-۱/۹۲۱	۰/۰۵۶

نتایج آزمون رگرسیون نشان می دهد که سهم عوامل جنسیت ($r = -0/004$ و $p = 0/953$)، سن ($r = 0/133$ و $p = 0/238$)، تاهل ($r = -0/004$ و $p = 0/960$)، سابقه خدمت ($r = -0/188$ و $p = 0/040$)، تحصیلات ($r = 0/010$ و $p = 0/865$)، نوع استخدام ($r = -0/030$ و $p = 0/744$)، نوبت کاری ($r = -0/116$ و $p = 0/056$) در پیش بینی شادکامی می باشد این نتایج نشان می دهد که عامل سابقه خدمت ($-6/586$) می تواند پیش بینی کننده

شادکامی در پرستاران باشد.

فصل پنجم :

بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات

Discussion, Conclusion and Suggestions

۵-۱ مقدمه

در این بخش یافته های پژوهش با سایر مطالعات مشابه مورد بحث و بررسی قرار گرفته و نتیجه ای که از این مطالعه حاصل گردیده است، بیان شده است. در پایان نیز جهت انعکاس چالش ها و نیازهای مطالعاتی آینده، پیشنهادات عملیاتی و همچنین پیشنهاداتی برای پژوهش های آتی ارائه گردیده است.

۵-۲ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین شادکامی و کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای شهر ایلام اجرا گردید. نتایج نشان داد که بین شادکامی و کیفیت خدمات پرستاری در شهر ایلام ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. یافته ها و نتایج مربوط به هدف اول یعنی تعیین میزان شادکامی پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام نشان داد میانگین کلی نمره شادکامی پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام ۹۸/۲۵ است که شادکامی قابل قبول بود که با مطالعه رابینز و همکاران که در سال ۲۰۱۰ بر روی ۱۳۱ نفر از دانشجویان پرستاری انجام گرفته است و میانگین خام نمره ی شادکامی معادل ۹۸/۲۱ بود همخوان و همسو است (رابینز، ۲۰۱۰). نمره شادکامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) در سال ۱۳۹۲ (۱۲۵/۸۶) بدست آمد که شادکامی آن بالاتر از این مطالعه است و با نتایج این مطالعه ناهمخوان و ناهمسو است شاید یکی از دلایل آن پایین بودن شرایط رفاهی و شغلی پرستاران در محیط بیمارستانهای شهر ایلام نسبت به بیمارستان بقیه ا... (عج) باشد و تنوع بافت فرهنگی شهر ایلام که سبب ایجاد درگیری با فرهنگها و شخصیتهای گوناگون می گردد (صفاری، ۱۳۹۲). با میانگین نمره شادکامی سه مطالعه دیگر نیز مقایسه شد که با میانگین نمره شادکامی دانشجویان پرستاری ابهر در سال ۱۳۸۷ که نمره ۴۳/۰۸ بدست آمده بود و شادکامی قابل قبول بود؛ همخوان و همسو بود (شجاعی، ۱۳۹۰). با میانگین نمره شادکامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۲ که ۴۴/۱ بدست آمد و شادکامی قابل قبول بود؛ همخوان و همسو است (براتی، ۱۳۹۲). همچنین با میانگین نمره شادکامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۹۳ که ۴۱/۳۲ می باشد و شادکامی قابل قبول بود نیز همخوان و همسو است (توان، ۱۳۹۳).

یافته ها و نتایج مربوط به هدف دوم یعنی تعیین میزان وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام نشان داد که بعد اعتماد بالاترین میزان و بعد پاسخگویی کمترین میزان در میان ابعاد پنجگانه کیفیت موجود خدمات پرستاری در این مطالعه بود. این نتایج با یافته های پژوهش محمد نیا که کیفیت خدمات پرستاری را در بیمارستانهای تامین اجتماعی شهر تهران در سال ۸۹ بررسی نمود، همخوانی دارد به طوری که بعد قابلیت اعتماد بیشترین میزان و بعد پاسخگویی کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند (محمد نیا، ۱۳۸۹). با نتایج عمرانی (۱۳۸۶) و نوری حکمت (۱۳۸۵) که قابلیت اعتماد را بیشترین میزان گزارش کرده اند؛ همخوانی دارد (عمرانی، ۱۳۸۶) و (نوری حکمت، ۱۳۸۵). با پژوهش شاهین و همکاران (۱۳۸۲) که بعد پاسخگویی را کمترین میزان اعلام کرده اند؛ همخوانی دارد (شاهین، ۱۳۸۲). این نتایج با یافته های پژوهش استکی که کیفیت ارائه خدمات پرستاری را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، مقایسه شد به طوری که با بعد ملموسات که بالاترین میزان گزارش کرده اند همخوانی ندارد شاید علت آن پایین بودن سطح امکانات و تجهیزات بیمارستانی در شهر ایلام نسبت به شهر اصفهان باشد و با بعد پاسخگویی که کمترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود گزارش کرده اند؛ همخوانی دارد (استکی، ۱۳۸۹). با یافته های پژوهش گرچی که به کار گیری مدل شکاف کیفیت خدمات را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که بعد تضمین را بالاترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود و بعد دسترسی را کمترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود گزارش کرده اند در مطالعه حاضر پرستاران قادر به انجام وظایف خود به نحوی که سبب ایجاد

رضایت در بیماران شده می باشند و یکی از دلایل آن شاید دانش به روز آنها به دلیل تازه فارغ التحصیلی بودن آنهاست اما بیماران از وضعیت خدمات رسانی و رفتار و برخورد پرسنل و زمان انتظار مناسب و راهنمایی های لازم رضایت ندارند. شاید از دلایل آن حجم بالای بار کاری و زیاد بودن ساعات کاری برخی از پرستاران به دلیل انجام اضافه کاریهای بی رویه باشد. (گرچی، ۱۳۹۰). با یافته های پژوهش حاکی که کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای آموزشی شیراز را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی دارد. به طوری که بعد اعتماد و اطمینان را بالاترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود و بعد همدلی را کمترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود گزارش کرده اند در مطالعه حاضر به دلیل آشنایی پرستاران با خصوصیات و شرایط زندگی بیماران و قرابت و نزدیکی شخصیتی با بیماران همدلی با بیماران بیشتر و بالاتر است (خاکی، ۱۳۹۳). با یافته های پژوهش بهادری که کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که بعد تضمین را بالاترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود و بعد همدلی را کمترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود گزارش کرده اند در مطالعه حاضر به دلیل کمبود نیروی پرستاری در برخی از شیفت ها به خصوص در شب و گردشی بودن شیفت پرستاران ارائه خدمات مناسب و به موقع امکان پذیر نیست و این سبب شد تا بعد تضمین این مطالعه پایین تر باشد و سبب ناهمخوانی آن است همچنین آشنایی پرستاران با خصوصیات و شرایط زندگی بیماران و قرابت و نزدیکی شخصیتی با بیماران همدلی با بیماران بیشتر و بالاتر است همچنین بالا بودن ازدحام بیماران سبب پایین بودن بعد تضمین در مطالعه بهادری نسبت به مطالعه حاضر است (بهادری، ۱۳۹۲). با یافته های پژوهش باستانی که تحلیل شکاف کیفیت خدمات سرپایی با استفاده از مدل سروکوال در درمانگاه شهید مطهری شیراز بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که بعد همدلی را بالاترین میزان بعد کیفیت خدمات موجود و بعد قابلیت اطمینان را کمترین بعد کیفیت خدمات موجود گزارش کرده اند شاید علت آن بافت فرهنگی شهرهای جنوبی کشور و توجه ویژه آنان به افراد و در اختیار داشتن نیروهای متناسب با نیاز بیماران باشد (باستانی، ۱۳۹۳). با یافته های پژوهش عجم که کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل سروکوال را در یک بیمارستان صحرایی بررسی نمود، همخوانی ندارد به طوری که بعد پاسخگویی کیفیت خدمات موجود بیشترین میزان و بعد ملموسات و بعد تضمین کیفیت خدمات موجود کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند ممکن است دلیل آن شرایط صحرایی بودن بیمارستان باشد زیرا این نوع بیمارستانها را با توجه به اولویت های موجود و با حداقل امکانات بهینه برپا می نمایند. (عجم، ۱۳۹۰).

یافته ها و نتایج مربوط به هدف سوم یعنی تعیین میزان وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام نشان داد که بعد اعتماد وضعیت مورد انتظار بالاترین میزان و بعد ملموسات وضعیت مورد انتظار کمترین میزان در میان ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات پرستاری در این مطالعه بود. این نتایج با یافته های پژوهش استکی که کیفیت ارائه خدمات پرستاری را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که بعد ملموسات را بالاترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار و بعد پاسخگویی را کمترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار گزارش کرده اند؛ از دلایل آن انتظارات بالای بیماران در شهر اصفهان است و اینکه آنان خواهان پیشرفته ترین امکانات و تجهیزات می باشند و سطح این انتظار در بیماران شهر ایلام بسیار پایین است و اینکه در شهر اصفهان بیمارستانها تخصصی بوده و به همین دلیل پاسخگوی نیازهای ویژه بیماران می باشند (استکی، ۱۳۸۹). با یافته های پژوهش گرچی که به کار گیری مدل شکاف کیفیت خدمات را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که بعد تضمین را بالاترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار و بعد دسترسی را کمترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار گزارش کرده اند از دلایل آن می تواند انتظارات بالای بیماران باشد و اینکه آنان خواهان ارائه خدمات در سطح بالا می باشند این بیماران دارای آگاهی و دانش بالاتر و تخصصی تر در زمینه خدمات مختلف پزشکی می باشند اما سطح این انتظارات و آگاهی ها در بیماران شهر ایلام بسیار پایین است و اینکه بیمارستانها تخصصی بوده و به همین دلیل دسترسی به امکانات و خدمات و مراقبتهای مورد نیاز برای بیماران بیشتر می باشد (گرچی، ۱۳۹۰). با یافته

های پژوهش حاکی که کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای آموزشی شیراز را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی دارد. به طوری که بعد اعتماد و اطمینان را بالاترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار و بعد ملموسات را کمترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار گزارش کرده اند(خاکی، ۱۳۹۳). با یافته های پژوهش بهادری که کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان بررسی نمود، همخوانی دارد. به طوری که بعد تضمین را بالاترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار و بعد همدلی را کمترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار گزارش کرده اند(بهادری، ۱۳۹۲). با یافته های پژوهش باستانی که تحلیل شکاف کیفیت خدمات سرپایی با استفاده از مدل سروکوال در درمانگاه شهید مطهری شیراز بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که بعد تضمین را بالاترین میزان بعد وضعیت مورد انتظار و بعد پاسخگویی را کمترین بعد وضعیت مورد انتظار گزارش کرده اند؛ از دلایل آن می تواند انتظارات بالای بیماران در شهر شیراز باشد و اینکه آنان خواهان ارائه خدمات در سطح بالا می باشند این بیماران دارای آگاهی و دانش بالاتر و تخصصی تر در زمینه خدمات مختلف پزشکی می باشند اما سطح این انتظارات و آگاهی ها در بیماران شهر ایلام بسیار پایین است و اینکه در شهر شیراز بیمارستانها تخصصی بوده و به همین دلیل پاسخگویی نیازهای ویژه بیماران می باشند(باستانی، ۱۳۹۳). با یافته های پژوهش عجم که کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل سروکوال را در یک بیمارستان صحرایی بررسی نمود، به طوری که بعد پاسخگویی مورد انتظار بیشترین میزان و بعد ملموسات مورد انتظار کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند؛ ممکن است علت آن برپایی بیمارستانهای صحرایی در زمینه پاسخگویی به یکسری خدمات مورد توجه مسئولین و مدیران ارشد باشد تا توجه به نیازهای واقعی بیماران منطقه و همچنین به دلیل کمبود وقت و نیرو نتوانند به طور مناسب و مقتضی جوابگوی مراقبتهای مورد نیاز بیماران منطقه باشند(عجم، ۱۳۹۰).

یافته ها و نتایج مربوط به هدف چهارم یعنی تعیین میزان شکاف کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی درمانی شهر ایلام نشان داد که شکاف بعد همدردی بالاترین میزان شکاف و شکاف بعد ملموسات کمترین میزان شکاف در میان ابعاد پنجگانه شکاف کیفیت خدمات پرستاری در این مطالعه بود این نتایج با یافته های پژوهش استکی که کیفیت ارائه خدمات پرستاری را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که شکاف بعد ملموسات را بالاترین میزان شکاف و شکاف بعد همدلی را کمترین میزان شکاف گزارش کرده اند از دلایل آن انتظارات بالای بیماران در شهر اصفهان است و اینکه آنان خواهان پیشرفته ترین امکانات و تجهیزات می باشند و سطح این انتظار در بیماران شهر ایلام بسیار پایین است و اینکه در شهر اصفهان بیمارستانها تخصصی بوده و به لحاظ قانونی و اخلاقی توجه ویژه ای به نیازهای بیماران می نمایند(استکی، ۱۳۸۹). با یافته های پژوهش گرجی که به کار گیری مدل شکاف کیفیت خدمات را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که شکاف بعد دسترسی را بالاترین میزان شکاف و شکاف بعد تضمین را کمترین میزان شکاف گزارش کرده اند؛ از دلایل آن ممکن است حجم بالای بار کاری و زیاد بودن ساعات کاری برخی از پرستاران به دلیل انجام اضافه کاریهای بی رویه باشد همچنین دانش و تجربه بالای پرستاران شاغل باعث تضمین خدمات است(گرجی، ۱۳۹۰). با یافته های پژوهش خاکی که کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای آموزشی شیراز را با استفاده از مدل سروکوال بررسی نمود، همخوانی دارد. به طوری که شکاف بعد همدلی را بالاترین میزان شکاف و شکاف بعد ملموسات را کمترین میزان شکاف گزارش کرده اند(خاکی، ۱۳۹۳). با یافته های پژوهش بهادری که کیفیت خدمات ارائه شده در شعبه خدمات درمانی نیروهای مسلح شهر همدان بررسی نمود، همخوانی دارد. به طوری که شکاف بعد همدردی را بالاترین میزان شکاف و شکاف بعد پاسخگویی را کمترین میزان شکاف گزارش کرده اند(بهادری، ۱۳۹۲). با یافته های پژوهش باستانی که تحلیل شکاف کیفیت خدمات سرپایی با استفاده از مدل سروکوال در درمانگاه شهید مطهری شیراز بررسی نمود، همخوانی دارد. به طوری که شکاف بعد پاسخگویی را بالاترین میزان شکاف و شکاف بعد ملموسات را کمترین میزان

شکاف گزارش کرده اند (باستانی، ۱۳۹۳). با یافته های پژوهش عجم که کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از مدل سروکوال را در یک بیمارستان صحرایی بررسی نمود، همخوانی ندارد. به طوری که شکاف بعد تضمین بیشترین میزان شکاف و بعد پاسخگویی کمترین میزان را به خود اختصاص داده اند ممکن است علت آن برپایی بیمارستانهای در شرایطی باشد که از نیروهای حاضر به همکاری در ارائه خدمت و مراقبت به بیماران استفاده شد و به لحاظ دانش و تجربه از سطح پایینی بهره گیرند اما نهایت توان خویش را در ارائه خدمات به کار گرفته اند (عجم، ۱۳۹۰).

در مطالعه میک و هازول در مورد ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی که بر روی نمونه ای از زنان مراجعه کننده به یک بیمارستان شهرستان در اسکاتلند انجام شد، در ۵ بعد خدمت، اختلاف کیفیت وجود داشت. به طوری که بیشترین اختلاف در بعد تضمین مشاهده شد (میک و همکاران، ۲۰۰۵). مارتین جانسون به بررسی کیفیت خدمت با استفاده از مدل تحلیل اهمیت- عملکرد در بیمارستانها پرداخت و نتیجه مطالعه نشان داد که کیفیت منفی و سطح عملکرد پایین تر از حد انتظار بود (جانسون و همکاران، ۲۰۰۱).

مطالعه ای که در زنجان کیفیت خدمات بهداشتی اولیه را اندازه گیری کرده بود نشان داد که در هر ۵ بعد کیفیت شکاف وجود دارد و این شکاف منفی (انتظارات فراتر از ادراکات) منفی بود. کمترین نمره میانگین شکاف کیفیت مربوط به بعد ملموسات و بیشترین در بعد اعتبار بود که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۷).

در بررسی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهر خرم آباد با استفاده از مدل سروکوال نتایج نشان داد که در تمامی ابعاد پنج گانه کیفیت خدمات ارائه شده (شامل ابعاد ملموس یا فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین، همدلی) شکاف منفی کیفیت وجود داشت. بیشترین میانگین شکاف کیفیت در بعد همدلی و کمترین میانگین شکاف مربوط به بعد قابلیت اطمینان بود که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد (طراحی، حموزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

یافته ها و نتایج مربوط به هدف پنجم یعنی ارتباط بین شادکامی و وضعیت موجود کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام نشان داد که بین شادکامی و ابعاد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، امنیت و همدردی در وضعیت موجود کیفیت خدمات رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. به طوری که می توان گفت با بهتر شدن شادکامی پرستاران می توان انتظار داشت که ابعاد پنجگانه وضعیت موجود کیفیت خدمات بهبود یابند. اما یافته ها و نتایج مربوط به هدف ششم یعنی ارتباط بین شادکامی و وضعیت مورد انتظار کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام نشان داد که بین شادکامی و ابعاد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، امنیت و همدردی در وضعیت مورد انتظار رابطه معنی داری وجود ندارد. بین شادکامی و ابعاد ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، امنیت و همدردی در مورد شکاف کیفیت رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. به طوری که می توان گفت با بهتر شدن شادکامی پرستاران می توان انتظار داشت که شکاف بین ابعاد پنجگانه وضعیت موجود و مورد انتظار کاهش یابد. جهت مقایسه این اهداف هیچگونه مطالعه مرتبطی یافت نشد و تاکنون هیچ مطالعه ای چه در داخل و چه در خارج کشور در این زمینه صورت نگرفته است. ولی در مطالعات مشابه همچون بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و شادکامی بر عملکرد شغلی پرستاران بیمارستان ولی عصر بیرجند که بوسیله محمد کشتیبان انجام شد نتایج نشان داد که بین شادکامی و عملکرد شغلی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد که می تواند با نتایج این مطالعه همخوان و همسو باشد (کشتیبان، ۱۳۹۴). با مطالعه بررسی رابطه بین تعهد سازمانی با کیفیت زندگی کاری و شادکامی پرستاران بیمارستان نمازی شیراز که بوسیله کمال زاده انجام شد و نتایج نشان داد که بین شادکامی و تعهد سازمانی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد که می تواند با نتایج این مطالعه همخوان و همسو باشد (کمال زاده، ۱۳۹۱). با مطالعه عوامل موثر بر شاخص شادی پرستاران در کره که بوسیله نام انجام شد و نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین شادکامی و شغل پرستاری وجود دارد و ارتباط منفی و معناداری بین شادکامی و ترک شغل وجود دارد که می تواند با

نتایج این مطالعه همخوان و همسو باشد(نام، ۲۰۱۳). با مطالعه بررسی رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری در تایوان که بوسیله تزنگ انجام شد نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد که می تواند با نتایج مطالعه این همخوان و همسو باشد(تزنگ، ۲۰۰۲). با مطالعه بررسی رابطه بین ادراک بیماران از کیفیت مراقبت و سه عامل: پرستاری رضایت شغلی کارکنان، ویژگی های سازمانی و سن بیمار در فنلاند که بوسیله تاریا انجام شد و نتایج نشان داد که بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد که می تواند با نتایج مطالعه ما همخوان و همسو باشد(تاریا، ۲۰۱۴). در مطالعه بررسی رابطه بین رضایت شغلی پرستاران و ادراکات بیماران از کیفیت مراقبت پرستاری در بیمارستانهای مراقبت های حاد در تایوان که بوسیله چانگ انجام شد نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت شغلی پرستاران و رضایت بیماران بستری با کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد که می تواند با نتایج مطالعه این همخوان و همسو باشد(چانگ، ۲۰۰۹). در مطالعه ایمنی بیمار، رضایت و کیفیت مراقبت بیمارستان که بررسی مقطعی از پرستاران و بیماران در ۱۲ کشور در اروپا و ایالات متحده بود و در این مطالعه ۳۳۶۵۹ پرستار و ۱۱۳۱۸ بیمار در اروپا و تعداد ۲۷۵۰۹ پرستار و ۱۲۰۰۰۰ بیمار در ایالات متحده آمریکا شرکت داشتند. که بوسیله آیکن و همکاران انجام گرفت و نتایج نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین رضایت شغلی پرستاران و کیفیت مراقبت پرستاری وجود دارد که می تواند با نتایج این مطالعه همخوان و همسو باشد(آیکن، ۲۰۱۲).

یافته ها و نتایج مربوط به هدف هشتم نشان داد که بین جنس، سن، تحصیلات، سابقه کاری، وضعیت استخدامی و نوبت کاری رابطه معناداری وجود ندارد اما بین تاهل و شادکامی رابطه معناداری وجود دارد به نحوی که میزان شادکامی در افراد همسر از دست داده پایین تر از افراد متاهل و مجرد بود. در بررسی وضعیت شادکامی و ارتباط آن با برخی متغیرهای جمعیت شناختی در دانشجویان پیراپزشکی مازندران که در سال ۱۳۹۰ بوسیله حسن صیامیان و همکارانش انجام گرفت نتایج نشان داد که در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ رابطه معنی داری بین شادکامی و جنسیت وجود ندارد. همچنین بین گزاره های عامل بهزیستی فاعلی برحسب مقطع تحصیلی و رشته تحصیلی معنی دار بود. در سایر متغیر های دموگرافیک نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل اختلاف معنی داری وجود نداشت(صیامیان، ۱۳۹۰).

نتایج مطالعه نشان داد که رابطه معنی داری بین شادکامی و جنسیت وجود ندارد. چنین نتیجه ای با یافته های پژوهشگران از جمله koivumaa – Honkanen هماهنگ است. همچنین در پژوهشی که علوی در سال ۲۰۰۷ انجام داد تفاوت معنی داری بین دانشجویان پسر و دختر به لحاظ شادکامی به دست نیاورد. همچنین علی پور ونور بالا و عابدی نیز بدین نتیجه رسیدند که میزان شادکامی زنان و مردان برابر است. همچنین نبود رابطه معنی دار بین میزان شادکامی زنان و مردان با یافته های فوجیتا و همکاران ۱۹۹۱ و دینر و همکاران ۱۹۹۹ همخوان است دینر و همکاران معتقد هستند که میزان شادمانی زنان و مردان برابر است اما زمانی که افسردگی آنان را در نظر میگیریم موضوع تا حدودی دشوار می شود به این صورت که با وجود شادی یکسان در آنان، افسردگی زنان بیشتر از مردان است. دینر و همکاران موضوع را چنین توضیح داده اند که زنان نسبت به مردان هم عاطفه منفی و هم عاطفه مثبت بیشتری را تجربه می کنند. و برآیند این دو عاطفه، شادی مردان و زنان را یکسان می کند.

در مطالعه ای که بر روی عوامل اجتماعی مؤثر بر شادی در محیط کار شرکت ملی حفاری ایران صورت گرفت و در این پژوهش عوامل مؤثر بر شادی مورد بررسی قرار گرفت و برخی از نتایج توصیفی این پژوهش به قرار زیر هستند: در بررسی رابطه بین درآمد ماهیانه و شادی در محیط کار نتیجه فرضیه نشان داد بین درآمد ماهیانه و شادی در محیط کار تفاوت معنی داری وجود ندارد و فرضیه مورد تأیید قرار نمی گیرد. شاید یکی از علتهایی که

این فرضیه مورد تایید قرار نگرفته این است که درآمد ماهیانه شخصی و محرمانه بوده و کارمندان تمایلی به صحیح جواب دادن این سؤال نداشتند. همچنین در بررسی رابطه بین سابقه کار و شادی در محیط کار نتیجه فرضیه نشان می دهد بین سابقه کار و شادی در محیط کار رابطه معنی داری وجود دارد و فرضیه مورد تایید قرار می گیرد. در بررسی رابطه بین خلاقیت و شادی در محیط کار رابطه معناداری وجود دارد؛ یعنی هرچه خلاقیت افزایش یابد شادی در محیط کار نیز افزایش می یابد. همچنین در بررسی رابطه بین وضعیت استخدامی و نوع شیفت کاری با شادی در محیط کار نتایج نشان داد که بین وضعیت استخدامی و نوع شیفت کاری با شادی در محیط کار تفاوت معناداری وجود ندارد (انصاری و همکاران، ۱۳۸۸).

پژوهشهای متعددی حاکی از این است که افراد متاهل شادتر از افراد مجرد، متارکه کرده و یا همسر از دست داده می باشند؛ در تحقیقی که عابدی انجام داد در یافت که بین تحصیلات و شادی ارتباط است. بین شادکامی و سن رابطه معنی داری وجود ندارد با یافته های وینهنون همخوان است (۱۹۹۶). نبود رابطه معنی دار بین شادکامی و تحصیلات با یافته های شیمل همخوان است (شیمل، ۲۰۰۹).

در بررسی وضعیت شادکامی و ارتباط آن با برخی از عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۸۹ نتایج نشان داد که شادکامی با جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت و مقطع تحصیلی ارتباط معنی داری ندارد. و این با نتایج بدست آمده از این تحقیق همخوان است (شیخ مونس فاطمه، ۱۳۸۹).

کشاورز در پژوهش خود به ارتباط مثبت بین سن، جنس و تحصیلات با شادکامی اشاره می کند. نتایج پژوهش حاضر با یافته های کشاورز ناهمسو است. به گونه ای که بین این متغیرها با شادکامی رابطه معنی داری وجود ندارد. شاید یکی از دلایل ناهمسو بودن نتایج این پژوهش شرایط خاص نمونه مورد مطالعه در هر دو پژوهش باشد (کشاورز، ۱۳۸۶).

در مطالعه شریفی و همکاران نیز بین محل سکونت، سن، وضعیت تاهل، دوره تحصیلی و شادکامی ارتباط معناداری وجود نداشت، اما میانگین نمره شادکامی در پسران بیشتر از دختران گزارش شده بود. و این با نتایج بدست آمده از این تحقیق همخوان است.

۵-۳ نتیجه گیری:

یافته های این پژوهش حاکی از وجود شکاف بین وضع موجود کیفیت خدمات و وضع مورد انتظار کیفیت خدمات می باشد و همچنین نشان دهنده رابطه مثبت و مستقیم بین شادکامی و کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستانهای آموزشی و درمانی شهر ایلام می باشد که می تواند ناشی از تجربه، سطح آگاهی و دانش بالای پرستاران شاغل در این بیمارستانها باشد. اما برای افزایش بیشتر سطح شادکامی و به دنبال آن افزایش کیفیت خدمات پرستاری نیاز به برنامه ریزی و انجام اقدامات مقتضی جهت بهبود شرایط کاری پرستاران می باشد.

اهمیت کاربردی یافته های این مطالعه در این می تواند باشد که سبب توجه مدیران ارشد به وجود رابطه بین شادکامی و بهبود کیفیت خدمات پرستاری است. بین شادکامی با شکاف کیفیت خدمات پرستاری ارتباط معکوس و منفی وجود دارد. بنابراین پیشنهاد می شود که با تدوین و اجرای برنامه هایی در جهت ارتقاء شرایط کاری و افزایش سطح شادکامی پرستاران سطح شکاف کیفیت خدمات پرستاری را کاهش دهند و سبب بهبود سطح ارائه کیفیت خدمات پرستاری گردند.

۵-۴ پیشنهادهای اجرایی مبتنی بر نتایج:

با توجه به یافته های پژوهش حاضر، موارد زیر پیشنهاد می شود :

- ۱- ارائه و توسعه خدمات مشاوره ای با هدف رفع مشکلات و موانع روانشناختی در شرایط مختلف فردی و شغلی پرستاران.
- ۲- برگزاری جلسات باز و آزاد با هدف در میان گذاشتن احساسات، تجربیات کاری و مشکلات مربوط به محیط کار و ارائه پیشنهادات کاربردی.
- ۳- برگزاری جلسات در راستای آشنایی با ویژگی های افراد شاد و چگونگی واکنش به استرسهای شغلی پرستاران و ارائه آموزشهای شغلی مرتبط جهت سازگاری با محیط کاری پر استرس.
- ۴- تقویت نظام مشارکتی تصمیم گیری، تقویت ارتباطات درون سازمانی، برقراری جو دوستانه و صمیمانه و پرهیز از رقابتهای ناسالم.
- ۵- غنی سازی شغلی برای جلوگیری از احساس تکراری بودن وظایف.
- ۶- فرهنگ سازی جامعه در زمینه اهمیت و ارزش حرفه پرستاری، بها دادن به حرفه پرستاری توسط مسئولین.
- ۷- آموزش و فرهنگ سازی پرستاران در خصوص عوامل موثر بر شادکامی و ترغیب آنها در ایجاد این عوامل.

به مدیران بیمارستان پیشنهاد می شود تدابیری جهت طراحی و برنامه ریزی جهت افزایش میزان شادکامی و بهسازی محیط شغلی نظیر کارگاههای آموزشی افزایش عوامل مثبت مانند نشاط، انرژی و برقراری ارتباط به مرحله اجرا درآید و در صورت امکان در جهت ارائه یک سیستم منظم تشویق و پاداش، افزایش حقوق و مزایا گام بردارند. به پرستاران هم پیشنهاد می شود با شرکت مستمر در کارگاههای آموزشی شادکامی خود را افزایش دهند.

۵-۵ پیشنهاد برای پژوهش های آتی:

به دلیل کمبود تحقیقات در این زمینه در ایران پیشنهاد می شود این تحقیق و مطالعه را "در بیمارستانهای دیگر" نیز بررسی نمایند. همچنین پیشنهاد می شود در زمینه "بررسی عواملی که باعث افزایش شادکامی پرستاران" می شود نیز تحقیقاتی انجام شود. این پژوهش با "نمونه های بزرگتری در سایر استانهای کشور" انجام و نتایج آنها مورد مقایسه قرار گیرد تا بتوان با اطمینان بیشتری از یافته های این تحقیق استفاده کرد.

این پژوهش بنا به ماهیت آن دارای محدودیتهایی است از جمله اینکه به دلیل عدم وجود پرستار مرد در بخش زنان وزایمان، این پژوهش تنها بر روی پرستاران زن در این بخش انجام گرفت. علاوه بر این ممکن است اشتباهات پرسشنامه ای خود نتایج آزمون را تحت تاثیر قرار دهد و نتواند جنبه های دیگری از اطلاعاتی را که ابزارهای دیگر همچون مصاحبه و مشاهده بیان می کند، را نشان دهد. لذا پیشنهاد می شود این نوع مطالعات "با استفاده از ابزارهای دیگر جهت جمع آوری اطلاعات" استفاده گردد.

منابع و مأخذ

- Abduli golam Reza, Hasani Reza, Mzhjy Mary. (2006). Thesis analyzes the content of school textbooks in primary education based on the components of happiness. (In Persian).
- Abedi mohemed reza. (2008). Happiness in the family. Publications Family Studies. Tehran. (In Persian).
- Abedi, M, S.M. Jafari, and M. Liaghatdar. (2006). Standardition of the oxford Happiness Inventory in Students University Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 95-100. (In Persian).
- Ajam mehdi, Sadeghifar jamil, Anjomshoa mina, Mahmoudi saeid, Honarvar Hassan, Mousavi sayed misam. Assessing Quality of Healthcare Service by the SERVQUAL Model: A Case Study of a Field Hospital. Journal of Military Medicine. Winter 2014, Volume 15, Issue 4 Pages: 273-279. (In Persian)
- Aldlaigan, Abdullah H. and Buttle, Francis A. (2002); "SYSTRA-SQ: a new measure of bank service quality", International Journal of Service Industry Management, 13 (4), pp. 362-381.
- Alipur, nor bala Ahmad Ali. (2009). A preliminary study on reliability and validity of Oxford in Tehran University students. (In Persian).
- Allan y. (2003). Customer satisfaction measurement practice in Taiwan hotels, Hospitality management, No3, pp1-11.
- American Society for Quality (ASQ) (2004). Available at: www.asq.org/2004
- Andaleeb S. (2001). Sservice Quality Perceptions and Patient Satisfaction An examination of the transaction-specific model Journal of Services Marketing. 20 (1). 3-11. (In parsein).
- Andaleeb Syed Saad and Carolyn Conway .American society for qualit (ASQ) .2004. Available at: www.asq.org Customer satisfaction in the restaurant industry. 2006.
- Ansari Ebrahim et al. (2015). Sport Management. Autumn, period 6, No. 3, pp. 557 - 545. (In Persian).
- Argyle M, Crossland J. (1987). Dimensions of positive emotions British Journal of Social psychology. 26: 127-137.
- Argyle M. (2001). Self – esteem and demographic predictions of happiness and depression. In H. cheng & A. Farnham. The psychology of happiness.
- Argyle Michael. Gohary Anaraki, Neshat dost Hamid Taher, Palahang Hassan, Bahrami Fatemeh. (2004). Psychology of happiness. Publications (SID). Esfahan.
- Asadi Hasan, et al. spring (2015). The relationship between happiness and organizational commitment in the Islamic Republic of Iran Air's staff and youth sports. Lorestan University of Medical Sciences Journal. Volume Issue 1. (In Persian).
- Asef Zadeh S. (1997). Medical Education and Health Services. Tehran. Elmi -Farhanghi. (In Persian).
- Bahadori Mohammadkarim, Zabuli rohela, Ghanbari ebas. (2014). Check the quality of health care services provided by the branch of the armed forces of Hamedan city Landscape veterans. Journal Journal of Medicine veteran Sixth year Number twenty-first Fall.. (In Persian).
- Bastani pyvand, Barati omid, Sadeghi Ahmad, Sharifi saeide, Abhari Syed Shahabuddin. (2015). Outpatient service quality gap analysis using SERVQUALThe martyr Motahhari clinic in Shiraz in. University of Medical Sciences. Volume 14: 1015 -1032. (In Persian).
- Barati farzaneh, Ashrafi Zahra, Najafi Fereshteh, Karimi aghdas, Gholam Reza Sharif Zadh (2014). Check the status of happiness and its related factors of Medical Sciences Students in Journal University of Medical Sciences Torbat Heydarieh. Third Period Second Issue. (In Persian).
- Bayani AA. Aug. (2008). Test-retest reliability, internal consistency, and construct validity of the Farsi version of the Oxford Happiness Inventory. Psychol Rep. 103(1):139-4. . (In Persian).
- Berry, L.L., Zeithaml, V.A. and Parasuraman. Summer (1990). A Five imperatives for improving service quality' Sloan Management Review. pp 29-38.

- Behman tavan, jahani farzaneh, Mohdamed Rafiei. September (2015). The relationship between self-esteem and happiness among medical students. Iranian Journal of Medical Education /; (6) 14. (In Persian).
- Buss, D.M. (2000).The evolution of happiness. American Psychologist. 55(1):15 – 23.
- Chang W-Y, Ma J-C, Chiu H-T, Lin K-C, Lee P-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. J Adv Nurs; 65:1946–1955. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x. [PubMed] [Cross Ref].
- Caha H. (2007). Service quality in private hospitals in Turkey” Journal of economics and social research. 9(1); 55-59.
- Dabirian. (2008). A Nursing quality from patient 'viewpoint in clinical and medical of Tehran and Shahid Beheshti University Journal of Shahid Beheshti Nursing and Midwifery Faculty. 18 (61): 45-62. (In Persian).
- Danesh Shokrollah. (2006). knowledge and vitality in Islamic texts and sources. First Edition, Tehran. Wisdom Publications researchers. (In Persian).
- Dargahhi H. (2004). Applying of new management opinion in nursing services Hayat Journal.Tehran, Nursing and Midwifery College. 11 (3): 97-100. (In Persian).
- Davis BA, Kiesel CK, McFarland J, Collard A, Coston K, Keeton A. (2005). Evaluating instruments for quality. Testing convergent validity of the Consumer emergency care satisfaction scale J Nurs Care Qual. 20 (4): 364-68.
- Dickey M T. (1999). The pursuit of happiness. [http:// WWW.Dickey. Org/happy. Htm](http://WWW.Dickey.Org/happy.Htm). Diener E suh E M Lucas R E &Smith.
- Diener E. Lucas R E. Subjective Well – being. (2002). Three Decades of Well – being. Psychological Bulletin. 125 .2.P: 276 – 302.
- Dutton M V and Edmund D.L. (2007). Model of workplace happiness Journal of selection and development review. 23, 9-14.
- Emrani Amir. (2008). The relationship between organizational commitments to quality nursing services in Tehran Social Security Hospitals. Health Care Management Master's thesis. Islamic Azad University, Science and Research. (In Persian).
- Epstein N B. Baldwin L M and Bishop D S. (1983).The Mc Master Family Assessment Device. Journal of family and Marital Therapy. 9: 171 – 180.
- Esteki razieh, Attafar Ali. (2011). Quality of nursing care (current status and expected position) Using SERVQUAL model from the perspective of nurses in Al-Zahra hospital in Isfahan. Modern Care, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. Volume 9, Issue 2, Year 1391. (In Persian).
- Eysenck Michael. Fyrvzbkht Mehrdad, Begay khashayar. (1997). Psychology of Happiness. Badr publications. Tehran.
- Farzadfar Munir. Falah Mohammed Hussein. (2007). The Impact of Fordyce happiness training on depression in women without head Isfahan. Knowledge and research in pasicology. 30: 39 - 50. (In Persian).
- Falah Mohammed Hussein. Nikfarjam Mohammed reza. (2010). Secretions in the religious doctrines and their impact on increasing happiness. (Case Study universities female students in Yazd). Journal of Islamic Studies. 16. Number 24, Pages: 113 -136. Winter. (In Persian).
- Ferreri Carbonell, A. and P. Frijters. (2004). How important is Methodology for the estimates of the determinants of Happiness? The Economic Journal. ‘114 (497): p. 641-659.
- Field, L. K. and J. H. Buitendach (2011). Happiness, work engagement and organizational commitment of support staff at a tertiary education institution in South Africa. SA J of Industri Psycho, 37(1), 10 pages.
- Foely ME. Editor Nurses. (2001). Assuring quality care for all populations and edition American Nurses Association.
- Ghalche M, Ghaljaee F, Mazloom A. (2008). Correlation between clinical competency and Patients' Satisfaction with nursing health care Scientific Quarterly of Shahid Beheshti Nursing and Midwifery Faculty. 18 (63): 12-19. [Persian Market] 8:60-69.

- Ghamari Zareh Z, Anoosheh M, Vanaki Z, Hagi Zadeh E. (2008). Quality of nurse's performance and patients' satisfaction cardiac care units. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 10 (1): 27-36. (Persian).
- Giltay, E.J., et al. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death. *The Zutphen Elderly Study*. *Archives of Internal Medicine*. 166(4): p. 431-436.
- Georgi Hassan Abulgasm, Tabatabai Seyed Mehdi, Akbari Amin Tsamaneh sarkhosh, Khorasani Soheila. (2012). Using the service quality gap model (SERVQUAL) Imam Khomeini Hospital Complex (RA): health management 592 7, 16) 51. (In Persian).
- Habibzade Arash. (2017). Compare Servqual with other quality measurement models. *Scientific Research Institute of Persian culture managers*. (In Persian).
- Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. (2000). Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract*. 17: 21-9.
- Hadi Nzhad hasan, Zarei Fatemeh. Summer (2010). Payayy, norm-finding questionnaire validity of Oxford. *Psychological research*. Vol. 12, pp. 77-62. (In Persian).
- Hamidi Motlagh R. (2010). Clinical governance water or mirage *Hospital Technologies Management Magazine*. 1 (2): 32-35. (In Persian).
- Syed Javadein Seyyed Reza, Kymasy Masoud. (1384). *Quality Management Services*. First Edition. Tehran. Publishing Knowledge look. (In Persian).
- Irfan.S.M, Ijaz A. June (2011). Comparison Service Quality between Private and Public Hospitals Empirical Evidences from Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management* Volume VII, Issue I. Page 1 - 22.
- John bozorgi Masud, nory nahid, dadsetan Parirokh. (2002). Effect of stress on memory, anxiety, academic achievement and school children. *Journal of Psychology*. 17. 4- 30. (In Persian).
- Johnson, Michael D, and Claes Fornell. (1991). A Framework for Comparing Customer Satisfaction Cross Individuals and Product Categories *Journal of Economic Psychology*. 12(2) 267-286.
- Johns, N. (1999), "What s this Thing Called Service?" *European Journal of Marketing*, 33(9/10), 958-973.
- Kaar Allen. (2004). *Science of human happiness and strength*. Translated by Hassan Pashashryfy, Ja'far al-Baqir Najafi out in collaboration with Sanaee. Tehran. Speaking. (In Persian).
- Kaar Allen. (2007). *Positive Psychology*. Translated by Hassan Pashashryfy, Ja'far al-Baqir Najafi out in collaboration with Sanaee. Tehran. Speaking. (In Persian).
- Kamalzadeh hamida, Khosravi Sadrollah, Sarvghad Cirrus. (2013). the relationship between organizational commitment, job satisfaction and happiness hospital nurses prayer Shyras .payan a master. *Faculty of Education and Psychology*. Islamic Azad University of MARVDASHT.
- Khaki Mohammad Hossein, kargar mehdi, Parham Mahmoud, mohebi Siamak. (2015). Check the quality of services provided in hospital outpatient clinics of Shiraz on SERVQUAL model in. *Nursing Research* Volume 10, Issue 3) 38 (Fall 1394, 88-81. (In Persian).
- Kashtiban Mohammad .Investigate the relationship between social capital and happiness job performanceVali ASR hospital in Birjand. http://www.civilica.com/Paper-PSCONF02-PSCONF02_088.html.
- Keshoerz Amir. Maulvi Hussain. Sheriff M. 2009. Relationship between demographic characteristics of vitality and happiness of the people of the city. *Faculty of Education and Psychology University Al-Zahra*. (In Persian).
- Kotler Philip. Gary Armstrong. (2013). *Asvl marketing*. Foroozandeh bahman. Mvkhth.asfhan publication. Sixteenth Edition. (In Persian).
- Lee L-L, Hsu N, Chang S-C. (2007). AN evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units *Journal Orthopaedic Nursing*. 11 (3-4): 160-68.
- Lama Dalai, Cutler Howard C. (2004). Anoushirvani the art of happiness. *Press expressive*. 1382. (In Persian).

- Liaghatdar Mohamed javad, Abedi Mohamed reza, parsley. (2009). Standardization log of happiness - of the students. Journal of Psychology 0. Year 12. No. 46. pp. 183 - 196. (In Persian).
- Mansour Mahmoud, dadsetan Parirokh. (2003). Psychology, genetics 2: systems during the development of psychoanalysis and behavior of actual systems. Publications roshd. Second edition. 1381 (In Persian).
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2003). Leadership roles and management functions in nursing (4th) Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Martinez j, Martinez l. (2010). Journal of retailing and consumer services.17.
- Maslow Abraham, Rizwan Ahmed. (1989). Motivation and character. Deputy culture Astan Quds Razavi. 1367. (In Persian).
- Matthews Andrew, Afzali Rad Wahid. (2004). Secret of happiness. Tabriz publication. Print Homa. Summer (In Persian).
- Mik W, Hazel W. (2005). Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. International Journal of Health Care quality Assurance. 18: 217-28.
- Ministry of Health and Medical Education. (2011). Hospital accreditation standards in Iran. Publication of sound. (In Persian).
- Mohammadnia Mona, Delgoshaei behram, tofigi shahram, Riahi Leila, eomrani Amir. (2010). Evaluation of the quality of nursing services using SERVQUAL in Tehran Social Security Hospitals. 8 (3 and 4): 68 -73. (In Persian).
- Mohebifar rafet, Barikani Amina. (2016) Hosni Hannah. Gap measure quality of hospital care of patients admitted to hospital in Qazvin centers. Hospital. (In press).
- Moin m. (1993). Persian culture. Doctor Mohammad Moin. Amir Kabir Publications. Tehran. (In Persian).
- Montazeri, A., et al. (2012). The happiness of the people of Iran and its influencing factors. A study from the perspective of public health in Iran (In Persian).
- Mostafa Mohamed M. An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospital International Journal of Health Care Quality Assurance.2005. Vol. 18, No. 7, pp. 516-532.
- Mohammadi Ali, Shogli Ali reza. (2009). Quality primary health care services provided at health centers in Zanjan city. Journal of Zanjan University of Medical Sciences. Volume 16, Shvarh 65, pp. 100-89. (In Persian).
- Murphy K. (.2007). Qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people living in long-term care. Journal of Clinical Nursing 16 477-485.
- Myers D.G.diener E. (1995). Who is happy? Journal of psychological science. 6:10 – 19.
- Nam, moon hee, Kwon, Yong chae. (2013). Korean Acaddemy of Nursing Administration. Vol. 19. No: 3. 329 - 339.
- Nick nam Maryam. (2012). Relationship between entrepreneurial vitality in the workplace and employee performance Shiraz public institutions. MA thesis Shiraz management. p. 14. (In Persian).
- Noori Hekmat Somayeh. (2007). the use of service quality gap model (SERVQUAL) in Rasoul Akram Hospital. Thesis Management of Health and Medical Sciences, Iran Drmanydanshgah. . (In Persian).
- Parasuraman, A.V.A Zeithaml and L.L. Berry. (1985). A Conceptual model of service quality and its implication for future research. Journal of Marketing. No.49, PP.41 – 50.
- Parasuraman. (1998). Customer Service in Business-to-Business Markets. An Agenda for Research.Journal of Business and Industrial Marketing. Volume 13, Issue 4/5, pp. 309-321.
- Parvin M H Javadi, kadiver P. (1996). Personality Psychology. Rasa. Tehran. (In Persian).
- Pazargadim, Taffaroshi M, Abedsaeedi ZH. (2005). Nursing quality care from nursies view points. Qualified study in medicine. Journal of Medical University Shahid Beheshti University of in Medical Sciences. 31 (2): 147-52 (In Persian).

- Robbins M, Francis LJ, Edwards B. (2010). Happiness as stable extraversion: internal consistency reliability and construct validity of the oxford happiness questionnaire among undergraduate students. *Curr Psychol*. 29(2):89-94.
- Safari Mohsen, Sanayi Nasab Hormoz, Rashidi jehan hojet, Pourtaghi golamhosin, Pakpour Hajiagha Amir. Happiness, self-efficacy and academic achievement in students. *Journal of Medical Education Development*. Volume 7, Issue 13, Spring 93, pages 22 to 29.
- Safari Shali Reza. (2009). Study of factors bracing vitality and culture among the youth of Qom and providing hope among young people. Islamic Azad University, Qom. (In Persian).
- Sapyngtvn Andorra, Shahi Hussain. Barati HamidReza. (2001). *Mental Health*. Tehran. (In Persian).
- Seligman M & S Scikszentimihaly M. (2001). *Positive Psychology*. *American Psychologist*. 55. 5 – 14.
- Shabbir Shahbaz, Hans Ruediger Kaufmann and Mudassar Shehzad. (2010). Service quality, Word of mouth and trust. Drivers to achieve patient satisfaction, *Scientific Research and Essays*. Vol, 5(17), pp. 2457-2462.
- Shahin Arash, Ameri Golestan Davood, Saremi Babak. (2004) .model SERVQUAL and its role in the measurement of service quality gaps with a case study in Iran in comparison with foreign examples, *transform*, 7 (47) pp. 52-66. . (In Persian).
- SheikhMuncie Fatima. Zarghami Mehran. Khademlu Muhammad. Ali Mohammadi, Mohammad Mehdi. 2013. Survey of happiness and its relationship with some demographic factors in students of Mazandaran University of Medical Sciences *Journal Mazndranshmarh* 2011. 97. (132-137). (In Persian).
- Siamian Hassan. Omolbanin Naimi. Shahrabi legend. Hassanzadeh Ramadan. Abazari MR. Khademlu Muhammad. Javadian Kvtany. (2012). Check the status of happiness and connection with certain demographic characteristics in students of Mazandaran University of Medical Sciences *Pyrapzshky.mjlh*. Twenty-firstPeriod. 86. Number (159-166). (In Persian).
- Sharyn Kamaluddin, Gharachedaghi Mahdi. (1999). *Believe in miracles. You're the same beliefs*. Publishing unit. Tehran. (In Persian).
- Sodani P R. (2010). *Managing quality in health care*. Jaipur. India.
- Shojay Fatima, Rafie Hasan, Seyed Meysam EbrahimiT neda gadimi, sayede roeya Mousavi. (2012). Happiness of nursing students. *Journal of Medical Sciences*. (2); 11: 161 - 162). (In Persian).
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness. Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies* 9(3): p. 449-469.
- Vennhoven, R. (1994). Correlates of happiness. 7838 findings from 603 studies in 69 nations. 1911 – 1994. *RISBO*. Series studies in social and cultural transformation.
- Tarja Kvist, Ari Voutilainen, Raija Mäntynen, Katri Vehviläinen-Julkunen. The relationship between patients perceptions of care quality and three factors: nursing staff job satisfaction, organizational characteristics and patient age. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14: 466.
- Terahi mohemed javad, et al. (2013). *Modern Care*, *Journal of School of Nursing and Midwifery*, Tehran University of Medical Sciences. pp (79-72: (2) 9. (In Persian).
- Tindle, H.A., et al. (2009). Optimism, cynical hostility and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative Circulation. 120 (8): p. 656-662.
- Tzeng HM, Ketefian S .The relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: an exploratory study in a Taiwan teaching hospital. *J Nurs Care Qual*. 2002 Jan; 16(2):39-49.
- Wager KA. (2005). *Information systems*. new York 14-16 *Managing Health Care*.
- Weiner B. (1985). An attribution theory of achievement emotion. *Psychological Review*. 92.548 – 573.
- Who ' accessed '14January (2015) 'availablefrom' www.who.int/about/definition/en/print.html.
- Yazdani Fazlullah. (2003). Relationship between religious attitudes, coping styles and happiness of girls and boys in school in school year 81 82 *Journal of Human Sciences*. Page 66 - 84. Figure 49. Year 12. (In Persian).
- Yesilada F, Direktor E. (2010). Health care service quality. Acomparision of public and private hospitals. *African journal of business management*. 4(6); 962-971.

- Zeithaml VA, Bitner M.J. (2000). Services Marketing. Integrating Customer Focus across the Firm. Mc Graw Hill. New York.
- Zehor Ali reza, Fekri Alireza. (2004). Students vitality of the School of Management and Medical Information. Iran University of Medical Sciences. Armaghane Journal. Issue 30. (In Persian).

ضمائم و پیوست ها

پیوست الف : پرسشنامه کیفیت خدمات پرستاری

بسمه تعالی

پاسخ دهنده گرامی:

با عرض سلام ،پیشاپیش از لطف شما در پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه تشکر می نمایم.

هدف غایی کلیه سازمانهای بهداشتی و درمانی ارتقای سلامت جامعه میباشد و عملکرد این سازمانها بدون بررسی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده از دیدگاه دریافت کنندگان این خدمات فاقد اثربخشی لازم خواهد بود. پرسشنامه حاضر جهت سنجش کیفیت خدمات پرستاری این بیمارستان از نظر دریافت کنندگان تدوین گردیده است. بدیهی است که انجام این مهم در وهله اول به همکاری صمیمانه شما بستگی دارد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه بی نام و محرمانه بوده است و از اطلاعات آن صرفا در جهت اهداف پژوهشی استفاده میگردد.

با تشکر

دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

الف: سوالات مربوط به ویژگیهای فردی

۱. جنس: مرد زن

۲. سن: زیر ۲۰ سال ۲۰-۳۹ سال ۴۰-۵۹ سال : بالای ۶۰ سال

۳. تحصیلات: بیسواد دیپلم و زیر دیپلم فوق دیپلم و لیسانس فوق لیسانس و بالاتر

۴. محل سکونت: شهر روستا

۵. وضعیت مراجعات: اولین مراجعه دوم و بیشتر

امتیازات					وضعیت کیفیت خدمات پرستاری چگونه باید باشد؟ (انتظارات)	وضعیت کیفیت خدمات پرستاری در حال حاضر چگونه است؟(مشاهدات)	امتیازات				
خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد			خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
					۱.تا چه حد لازم است ظاهر پرستاران آراسته و مرتب باشد؟	۱.تا چه حد ظاهر پرستاران آراسته و مرتب است؟					
					۲.تا چه حد لازم است محیط کاری پرستاران در بخش مربوطه تمیز و پاکیزه باشد؟	۲.تا چه حد محیط کاری پرستاران در بخش مربوطه تمیز و پاکیزه است؟					
					۳.تا چه حد لازم است زمان صرف شده برای دریافت خدمات پرستاری کافی باشد؟	۳.تا چه حد زمان صرف شده برای دریافت خدمات پرستاری کافی می باشد؟					
					۴.تا چه حد لازم است تجهیزات و وسایل مورد استفاده پرستاران به روز و جدید باشند؟	۴.تا چه حد تجهیزات و وسایل مورد استفاده پرستاران به روز و جدید هستند؟					
					۵.تا چه حد لازم است کارها و فعالیتهای پرستاری مطابق تعهداتی که دارند، انجام شود؟	۵.تا چه حد کارها و فعالیتهای پرستاری مطابق تعهداتی که دارند، انجام میشود؟					
					۶.تا چه حد لازم است خدمات پرستاری با علاقه مندی ارائه شوند؟	۶.تا چه حد خدمات پرستاری با علاقه مندی ارائه میشوند؟					
					۷.تا چه حد لازم است خدمات پرستاری در اولین بار به طور صحیح ارائه شوند؟	۷.تا چه حد خدمات پرستاری در اولین بار به طور صحیح ارائه میشوند؟					
					۸.تا چه حد لازم است خدمات پرستاری در زمان مقرر ارائه شوند؟	۸.تا چه حد خدمات پرستاری در زمان لازم و مقرر ارائه میشوند؟					
					۹.تا چه حد لازم است سوابق و پرونده های بیماران توسط کادر پرستاری به طور دقیق تکمیل و نگهداری شوند؟	۹.تا چه حد سوابق و پرونده های بیماران توسط کادر پرستاری به طور دقیق تکمیل شده و نگهداری میشوند؟					
					۱۰.تا چه حد لازم است زمان دقیق ارائه خدمات توسط کادر پرستاری به بیماران گفته شود؟	۱۰.تا چه حد زمان دقیق ارائه خدمات توسط کادر پرستاری به بیماران گفته میشود؟					
					۱۱.تا چه حد لازم است در این بیمارستان خدمات پرستاری سریع ارائه شوند؟	۱۱.تا چه حد در این بیمارستان خدمات پرستاری سریع ارائه میشوند؟					
					۱۲.تا چه حد لازم است پرستاران برای کمک به مراجعہ کنندگان مشتاق باشند؟	۱۲.تا چه حد پرستاران برای کمک به مراجعہ کنندگان مشتاقند؟					
					۱۳.تا چه حد لازم است پرستاران	۱۳.تا چه حد پرستاران به هنگام نیاز					

					در دسترس هستند؟	به هنگام نیاز در دسترس باشند؟						
					۱۴. تا چه حد به پرستاران این بیمارستان اعتماد دارید؟	۱۴. تا چه حد لازم است که بیمار به پرستاران این بیمارستان اعتماد داشته باشد؟						
					۱۵. تا چه حد به هنگام تماس با پرستاران احساس امنیت و آرامش میکنید؟	۱۵. تا چه حد لازم است بیمار به هنگام تماس با پرستاران احساس امنیت و آرامش کند؟						
					۱۶. تا چه حد پرستاران مودب هستند؟	۱۶. تا چه حد باید پرستاران مودب باشند؟						
					۱۷. تا چه حد پرستاران دارای دانش لازم برای پاسخ به نیاز شما هستند؟	۱۷. تا چه حد پرستاران باید دارای دانش لازم برای پاسخ به نیاز شما باشند؟						
					۱۸. تا چه حد پرستاران به هر یک از بیماران توجه ویژه دارند؟	۱۸. تا چه حد لازم است پرستاران به هر یک از بیماران توجه ویژه داشته باشند؟						
					۱۹. تا چه حد زمان مراجعه پرستاران به بالین بیماران مناسب است؟	۱۹. تا چه حد لازم است زمان مراجعه پرستاران به بالین بیماران مناسب باشد؟						
					۲۰. در این بیمارستان پرستاران تا چه حد به عواطف و ارزشهای بیماران توجه مینمایند؟	۲۰. در این بیمارستان تا چه حد لازم است پرستاران به عواطف و ارزشهای بیماران توجه نمایند؟						
					۲۱. تا چه حد پرستاران به بیماران علاقه مند هستند؟	۲۱. تا چه حد باید پرستاران به بیماران علاقه مند باشند؟						
					۲۲. تا چه حد پرستاران به نیازهای خاص هر یک از بیماران توجه دارند؟	۲۲. تا چه حد لازم است پرستاران به نیازهای خاص هر یک از بیماران توجه نمایند؟						

بسمه تعالی

پرستار گرامی، با عرض سلام، پیشاپیش از لطف شما در پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه تشکر می نمایم. این پرسشنامه جهت بررسی رابطه کیفیت خدمات پرستاری با شادکامی آنان طراحی شده است. بدیهی است که انجام این مهم در وهله اول به همکاری صمیمانه شما بستگی دارد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه بی نام و محرمانه بوده است و از اطلاعات آن صرفاً در جهت اهداف پژوهشی استفاده میگردد.

با تشکر

دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

الف: مشخصات دموگرافیک

- ۱- جنس : ☐ مذکر ☐ مؤنث
- ۲- سن : سال
- ۳- وضعیت تأهل : ☐ مجرد ☐ متأهل ☐ مطلقه ☐ همسر مرده
- ۴- بخش :
- ۵- سابقه کار : سال
- ۶- مقطع تحصیلی : ☐ کاردانی ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکتری
- ۷- وضعیت استخدامی : ☐ طرحی ☐ قراردادی ☐ پیمانی ☐ رسمی آزمایشی ☐ رسمی قطعی
- ۸- نوبت کاری : ☐ صبح ☐ عصر ☐ شبکار ☐ در گردش

پرسشنامه شادکامی آکسفورد

ردیف	تا چه میزان با موارد زیر موافق هستید	کاملاً موافقم	موافقم	تا حدی موافقم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱	من بی نهایت شاد هستم.					
۲	احساس اطمینان دارم که آینده سرشار از امید و تحقق است.					
۳	من در مجموع از همه چیز راضی هستم.					
۴	احساس می کنم که تمام ابعاد زندگی تحت کنترل من قرار دارد.					
۵	احساس می کنم زندگی سرشار از پاداش است.					
۶	از آنچه هستم، شادمانم.					
۷	من همیشه یک اثر خوبی روی رویدادها دارم.					
۸	من به زندگی عشق می ورزم.					
۹	من شدیداً به سایرین علاقه هستم.					
۱۰	هر نوع تصمیمی را می توانم به راحتی بگیرم.					
۱۱	احساس می کنم قادر به انجام هر کاری هستم.					
۱۲	این روزها من همیشه وقتی که از خواب بیدار می شوم بیش از گذشته احساس انرژی دارم.					
۱۳	احساس می کنم انرژی بدون حد و مرزی دارم.					
۱۴	کل دنیا به نظرم زیباست.					
۱۵	من هرگز تا این حد از نظر فکری و ذهنی هوشیار نبودم جوری که این روزها هستم.					
۱۶	احساس می کنم در اوج دنیا هستم.					
۱۷	من همه را دوست دارم و به همه عشق می ورزم.					
۱۸	تمام رویدادهای گذشته به نظر می آید فوق العاده شاد بوده اند.					
۱۹	من همواره در احساس نشاط به سر می برم.					
۲۰	هر چیزی را می خواستم انجام داده ام.					
۲۱	وقت من طوری تنظیم شده که می توانم هر چیزی را که می خواهم انجام بدم.					
۲۲	من همیشه ارتباط خوبی با سایرین دارم.					
۲۳	همیشه یک اثر نشاط آفرین روی سایرین می گذارم.					
۲۴	زندگی در مجموع معنی دار و هدف دار است.					
۲۵	من همیشه متعهد و درگیر هستم.					
۲۶	من فکر می کنم دنیا یک مکان فوق العاده است.					
۲۷	من همیشه می خندم.					
۲۸	من فکر می کنم بطور فوق العاده ای جذاب به نظر می رسم.					
۲۹	هر چیزی من را شگفت زده می کند.					

Abstract

Background and purpose:

Each health center aims to provide good nursing care. In order to achieve this goal, one of the most important factors is well-motivated active nurses. Therefore, understanding the level of happiness in the nurses and determining its correlation with quality of nursing services provided to patients, and moreover its connection with the patients' expectations is of necessity. Thus, this study has been done to investigate the relationship between the quality of nursing services and happiness in nurses in educational hospitals of Ilam city.

Method:

This research has been carried out in a descriptive-analytical way in Ilam city in 2015. Surveys were performed in two ways. In the first part, 293 nurses in three educational hospitals which were affiliated to the University Of Medical Sciences Of Ilam were examined through using census method. The data were collected by Oxford Happiness Questionnaire which its reliability was calculated by applying Cronbach's alpha (0.97). In the second part, 300 patients were examined by applying sampling method. The data were collected by applying a SERVQUAL standard questionnaire. The reliability of instruments was calculated by Cronbach's alpha (0.96). In order to analyze the data, there were used Kolmogorov-Smirnov Test, Pearson correlation coefficient, T-test, Analysis of Variance Test (ANOVA), Linear Regression and Cronbach's alpha Tests. There was used SPSS23 software for data analysis.

Results:

Studied samples of the nurses contained 41% male and 59% female. In terms of relationship between happiness and demographic characteristics, there are not any significant differences in happiness in any dimensions of gender, age, work experience, education, employment status and work shift. But in terms of relationship between happiness and marital status, the widows and widowers had less happiness in comparison to married and single people. The Studied samples among patients were 41% male and 59% female. To study the relationship between happiness and current status of nursing services, there was a significant and positive relationship among five dimensions of tangibility (0.000), trust (0.001), responsiveness (0.001), security (0.003) and sympathy (0.001). Also in the relationship between happiness and the five aspects of the expected nursing services provided there was no significant relationship. But, to study the relationship between happiness and the gap in services status, there was a significant and negative relationship in five dimensions of tangibility ($p=0.001, r=-0.154$), trust ($p=0.009, r=-.152$), responsiveness ($p=0.008, r=-0.205$), security ($p=0.001, r=-0.149$), and sympathy ($p=0.012, r=-0.147$). The highest negative correlation was between happiness and responsiveness gap dimension (-0.205) and the least negative correlation was between happiness and sympathy gap dimension (-0.147). The results of Regression Test showed that in the current situation the responsiveness factor ($p=0.027, r=1.492$) can predict happiness in the nurses. The responsiveness factor ($p=0.044, r=1.229$) in the regard of services quality gap can predict happiness in the nurses. In the expected situation, none of these factors can predict happiness in the nurses. Another fact that is worth to mention is that the results showed that Work Experience ($p=0.040, r=-6.586$) can predict happiness in the nurses.

Conclusion:

Nurses' Happiness is an important influential factor to achieve positive and useful results in the treatment of patients. So, in order to improve the quality of nursing services and to increase patients' satisfaction with services provided, the authorities' and officials' attention would be of great importance.

Keyword: Happiness, Quality of Nursing services, Nurses, Patients, and Hospitals of Ilam City.



Qazvin University of medical sciences

Facualty of Health

Thesis Submitted for the degree of M.SC.in: Health Management Services

Titel:

**The relationship between happiness and quality of nursing care in
teaching hospitals of Ilam in 2015**

Supervisor:

Rafat Mohebbifar, Ph.D.

Adviser:

Jalil Azimian, Ph.D.

By:

Farangis Rasooli

Year:

2016